



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ



DOKTORA TEZİ

**YALIN HEMŞİRELİĞE İLİŞKİN GÖRÜŞ VE DENEYİMLER: BİR MODEL
ÖNERİSİ**

Ali KAPLAN

DANIŞMAN
Doç. Dr. Feride EŞKİN BACAĞSIZ

Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı

Hemşirelikte Yönetim Programı

Nisan, 2024

TEZ KABUL VE ONAYI

Ali KAPLAN tarafından, Doç. Dr. Feride EŞKİN BACAKSIZ danışmanlığında hazırlanan "YALIN HEMŞİRELİĞE İLİŞKİN GÖRÜŞ ve DENEYİMLER: BİR MODEL ÖNERİSİ" başlıklı bu çalışma, jürimiz tarafından 12/03/2024 tarihinde yapılan sınav sonucunda oy birliği ile başarılı bulunarak Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Jürisi

	İmza	Sonuç
DANIŞMAN	Doç. Dr. Feride EŞKİN BACAKSIZ	☒
	İstanbul Üniversitesi- Cerrahpaşa	Kabul
	Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi	☐
	Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı	Ret
ÜYE	Doç. Dr. Handan ALAN	☒
	İstanbul Üniversitesi- Cerrahpaşa	Kabul
	Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi	☐
	Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı	Ret
ÜYE	Doç. Dr. Nilgün GÖKTEPE	☒
	Ordu Üniversitesi	Kabul
	Sağlık Bilimleri Fakültesi – Hemşirelik Bölümü	☐
	Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı	Ret
ÜYE	Doç. Dr. Rujnan TUNA	☒
	İstanbul Medeniyet Üniversitesi	Kabul
	Sağlık Bilimleri Fakültesi – Hemşirelik Bölümü	☐
	Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı	Ret
ÜYE	Dr. Öğr. Üyesi Begüm YALÇIN	☒
	İstanbul Üniversitesi- Cerrahpaşa	Kabul
	Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi	☐
	Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı	Ret

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve bilimsel etik kuralları içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını ve her türlü hukuki sorumluluğu aldığımı kabul ederim.

Ali KAPLAN

6 Şubat 2023'te kaybettiğimiz tüm canlara ve doğup büyüdüğüm topraklar olan memleketim
Antakya'ya ithaf ediyorum.

BÜTÇE DESTEKLERİ

YALIN HEMŞİRELİĞE İLİŞKİN GÖRÜŞ ve DENEYİMLER: BİR MODEL ÖNERİSİ

Bu tez çalışması için herhangi bir kurumdan bütçe desteği alınmamıştır.



TEŞEKKÜR

İlk olarak, bu tezin tamamlanmasında büyük katkıları olan ve rehberliğini hep gösteren kıymetli danışman hocam Sayın Doç. Dr. Feride EŞKİN BACAĞSIZ'a

Sonrasında, bu zorlu süreçte desteğini esirgemeyip, her daim yanımda olan çok değerli eşim Psk. Ayşen KAPLAN'a ve çalışma masamdaki sevimli halleriyle beni motive eden oğlum Kimyon'a,

Eğitim hayatımı şekillendiren ve buralara gelmemde büyük katkıları olan; başta aileme, öğretmenlerime ve devlete,

Bilgi ve tecrübeleri ile doktora eğitimime katkı sağlayan İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı'nın değerli öğretim üyelerine; konu seçiminde ve tezin başında verdiği katkılardan dolayı Sayın Prof. Dr. Ülkü BAYKAL'a; çalışmayı değerlendirip bana yol gösterdikleri için tez izlemimde yer alan Sayın Doç. Dr. Handan ALAN ve Sayın Doç. Dr. Nilgün GÖKTEPE'ye,

Özdeşleştiğim bir konu olan Yalın Sağlık'ta desteğini çoğu zaman aldığım, Türkiye'nin bu konuda öncü ekibin lideri konumunda Sayın Prof. Dr. Aysun YILMAZLAR'a ve Özel Medicabil Hastanesi ekibine; ayrıca, kurumlarında araştırmaya izin veren adını anamadığım yöneticilere, destekte bulunan veya katılan tüm personele,

Minnettarlık duyuyor ve sonsuz teşekkür ediyorum.

Nisan 2024

Ali KAPLAN

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

TEZ KABUL VE ONAYI.....	ii
BEYAN	iii
BÜTÇE DESTEKLERİ	v
TEŞEKKÜR.....	vi
İÇİNDEKİLER.....	vii
ŞEKİL LİSTESİ	x
TABLO LİSTESİ.....	xi
SİMGE VE KISALTMA LİSTESİ.....	xii
ÖZET	xiii
ABSTRACT	xv
1. GİRİŞ.....	1
2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE	4
2.1. YALIN YÖNETİM.....	4
2.1.1. Yalın Düşünce ve İlkeleri.....	5
2.1.2. Yalın Yönetim Teknikleri	6
2.1.3. Yalın Altı Sigma.....	10
2.2. YALIN SAĞLIK ve YALIN HEMŞİRELİK.....	11
2.2.1. Yalın Sağlık Kavramı ve Tarihsel Gelişimi	11
2.3. YALIN SAĞLIK ve HEMŞİRELİK HİZMETLERİNDEKİ UYGULAMALAR.....	13
2.3.1. İsrafi Azaltma Stratejisi.....	18
2.3.2. Yalın Liderlik ve Değişim.....	21
2.3.3. Hasta Güvenliği ve Memnuniyeti	22
2.3.4. Teknoloji Kullanımı ve Dijitalleşme.....	22
2.4. TÜRKİYE’DE YALIN SAĞLIK ve HEMŞİRELİK UYGULAMALARI.....	23
3. YÖNTEM	26
3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI ve TASARIMI	26
3.2. ARAŞTIRMA SORULARI.....	26
3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ ve ÖRNEKLEMİ.....	26

3.4. VERİLERİN TOPLANMASI ve VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	29
3.5. VERİLERİN ANALİZİ	31
3.6. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ	33
3.7. GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK.....	33
3.8. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI ve GÜÇLÜKLERİ	33
4. BULGULAR	35
4.1. PROBLEMLER ANA TEMASINA İLİŞKİN BULGULAR	37
4.1.1. İnsani	37
4.1.2. Yönetsel.....	44
4.1.3. Malzeme/Makine.....	49
4.1.4. Çevresel.....	50
4.1.5. Problemler Ana Temasında Yer Alan Kodların Birbirleri ile İlişkileri	51
4.2. İSRAFLAR ANA TEMASINA İLİŞKİN BULGULAR.....	51
4.2.1. Görev Dışı Çalışma	52
4.2.2. Gereğinden Fazla İş.....	54
4.2.3. Plansızlık	54
4.2.4. Hatalar	55
4.2.5. Kullanılmayan Yetenek.....	56
4.2.6. Bekleme.....	57
4.2.7. Gereksiz İnsan Hareketi	57
4.2.8. Fazla Mesai	58
4.2.9. Uygunsuz/Kalitesiz Malzeme	59
4.2.10. Bilinçsiz Malzeme Kullanımı.....	60
4.2.11. Gereksiz Malzeme Hareketi	60
4.2.12. Fazla Stok.....	61
4.2.13. İsraflar Ana Temasında Yer Alan Kodların Birbirleri ile İlişkileri.....	62
4.3. SÜREKLİ GELİŞİM ANA TEMASINA İLİŞKİN BULGULAR.....	63
4.3.1. Standardizasyon	63
4.3.2. Eğitim.....	64
4.3.3. Gemba	65
4.3.4. Uzmanlık ve Sertifikasyon	66
4.3.5. Yalın Düşünme.....	67
4.3.6. Kaizen.....	68
4.3.7. Teknoloji ve Dijitalleşme	69

4.3.8. İnsana Değer.....	70
4.3.9. Akışı İyileştirmek.....	71
4.3.10. Ekip Çalışması.....	71
4.3.11. Yönetimde Yalınlaşma.....	72
4.3.12. Kanban	73
4.3.13. Hatasızlaştırma	74
4.3.14. Sürdürülebilirlik	75
4.3.15. Görsel Yönetim	75
4.4. DEĞER ANA TEMASINA İLİŞKİN BULGULAR.....	76
4.4.1. Bakım	77
4.4.2. Tedavi.....	77
4.5. MODEL ÖNERİSİ	78
5. TARTIŞMA.....	80
5.1. HEMŞİRELİK HİZMETLERİ SUNUMU ve YÖNETİMİNDE YALIN DENEYİMLER: YALIN HEMŞİRELİK.....	80
5.1.1. Problemler	80
5.1.2. İsraflar	84
5.1.3. Sürekli Gelişim.....	93
5.1.4. Değer	101
5.2. YALIN EV MODELİNİN YALIN HEMŞİRELİĞE UYARLANMASI: BİR MODEL ÖNERİSİ.....	102
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	106
KAYNAKLAR.....	111
EKLER	136
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI	150
ETİK KURUL İZİN YAZISI	151
KURUM İZNİ YAZILARI.....	152
ÖZGEÇMİŞ	153

ŞEKİL LİSTESİ

Sayfa No

Şekil 2.1: Yalın yönetim tanımları	5
Şekil 2.2: Yalın düşüncenin 5 ilkesi (Womack & Jones, 2003)	6
Şekil 2.3: Yalın teknikler için Türkçe isim önerileri (Eren, 2019).....	7
Şekil 2.4: Yalın sağlıkta hemşirelikle ilgili uluslararası çalışmalar	17
Şekil 2.5: NHS Institute for Innovation and Improvement (2007) tarafından Yalın sağlıkta 7 israfın infografiği.....	19
Şekil 2.6: Yalın sağlıkta hemşirelikle ilgili Türkiye’deki çalışmalar.....	25
Şekil 3.1: İçerik analizi akış şeması.....	32
Şekil 4.1: Ana temalar, alt temalar ve kodlar	36
Şekil 4.2: Problemler ana teması, alt temaları ve kodları.....	37
Şekil 4.3: Problemler ana temasındaki kodların birbirleriyle ilişkileri	51
Şekil 4.4: İsraflar ana teması ve alt temaları	52
Şekil 4.5: İsraflar ana temasındaki alt temaların birbirleriyle ilişkileri.....	62
Şekil 4.6: Sürekli gelişim ana teması ve alt temaları.....	63
Şekil 4.7: Değer ana teması ve alt temaları	76
Şekil 4.8: Model önerisi	79

TABLO LİSTESİ

Sayfa No

Tablo 2.1: Yalın Yönetim ve Altı Sigma arasındaki farklar (Letícia vd., 2020).....	11
Tablo 2.2: Mousavi Isfahani ve diğ. (2018) derlediği çalışmadan hemşirelikle ilgili anlamlı bulgular.....	14
Tablo 2.3 (devam): Mousavi Isfahani ve diğ. (2018) derlediği çalışmadan hemşirelikle ilgili anlamlı bulgular.....	15
Tablo 3.1: Evrendeki hastanelerin özellikleri.....	27
Tablo 3.2: Maksimum çeşitlilik ölçütleri ve örneklem dağılımları (N:40)	27
Tablo 3.3: Hemşirelerin kişisel ve mesleki özellikleri (N:40).....	28
Tablo 3.4: Hemşire ve yönetici hemşireler için görüşme soruları.....	30

SİMGE VE KISALTMA LİSTESİ

Kisaltmalar	Açıklama
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
Alt	: Alt kademe yönetici
DAH	: Değer Akış Haritalama
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
E	: Erkek
GY	: Görsel Yönetim
HBYS	: Hastane Bilgi ve Yönetim Sistemi
K	: Kadın
NHS	: National Health Service (Birleşik Krallık)
Ort	: Orta kademe yönetici
SKS	: Sağlıkta Kalite Standartları
TPS	: Toyota Production System
Üst	: Üst kademe yönetici
YS	: Yalın Sağlık
YY	: Yalın Yönetim

ÖZET

[DOKTORA TEZİ]

[YALIN HEMŞİRELİĞE İLİŞKİN GÖRÜŞ ve DENEYİMLER: BİR MODEL ÖNERİSİ]

[Ali KAPLAN]

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı

Hemşirelikte Yönetim, Doktora Programı

[Danışman : Doç. Dr. Feride EŞKİN BACAĞSIZ]

Amaç: Hemşirelerin yalın sağlığa ilişkin deneyim, görüş ve önerilerini araştırmak ve hemşirelik hizmetleri yönetiminde yalın sağlığa ilişkin bir model önerisi ortaya koymak amaçlanmıştır.

Yöntem: Nitel tasarımda, bireysel derinlemesine görüşme yöntemiyle veriler Ağustos 2021-Haziran 2022 tarihlerinde toplanmış olup, araştırma evrenini yalın sağlık deneyimi olan Bursa ilindeki iki hastane ve deneyimi olmayan Çanakkale ilindeki üç hastanenin hemşireleri oluşturmaktadır. Araştırma örnekleminde maksimum çeşitlilikle belirlenen 40 hemşire yer almış; hemşire ve yönetici hemşireler için ayrı yarı yapılandırılmış veri toplama formları kullanılmıştır. Görüşmelerden elde edilen veriler MAXQDA analiz programı aracılığıyla üç döngüde kodlanmış ve çeşitli analiz yöntemlerinden yararlanılmıştır.

Bulgular: Analizler sonucunda; problemler, israflar, sürekli gelişim ve değer ana temaları ve bunlara bağlı alt temalar ve kodlar bulunmuştur. Yalın sağlıkta bilinen israfların haricinde beş israf daha tespit edilmiş olup, toplamda 12 israftan en fazla görev dışı çalışma israfı

bildirilmiştir. Ayrıca yalın deneyimi olmayan grup deneyimi olan gruba göre, gereksiz malzeme hareketi israfı haricinde, daha fazla israf ve problem bildirmiştir. Personel yetersizliği en fazla bildirilen problem olup, birçok problemle ve israfla ilişkisi dikkat çekmektedir. Sürekli gelişim temasında çeşitli yalın teknikler ve uygulamalar yer almış, deneyimsiz grubun da farkında olmadan bildikleri ve yaptıkları uygulamalar tespit edilmiştir. Yalın yönetimin temel odağı olan değeri, hemşireler bakım ve tedavi olarak belirlemişlerdir. Son aşamada ise, oluşturulan temalar ve kodlar yalın ev modeli içerisinde basamaklandırılarak sunulmuştur.

Sonuç: Türkiye’deki yalın sağlık uygulamalarının azlığı hesaba katıldığında bu araştırmanın keşfedici yapısı neticesinde, ek israf önerileri ve problemleri de dahil eden model önerisi literatüre önemli katkılar sağlamaktadır. Ayrıca, personel ve malzeme yetersizliği gibi problemlerin de israfa yol açabileceği anlaşılmaktadır. Yalın hemşirelik yolculuğunda yöneticilere önemli liderlik görevleri düşmekte ve bu konuda rehber olacak araştırma bulgularına ulaşılmıştır. |

Nisan 2024 ,|170| sayfa.

Anahtar kelimeler: |yalın yönetim, yalın sağlık, yalın hemşirelik, israflar, yalın ev |

ABSTRACT

[Ph.D. THESIS]

[OPINIONS and EXPERIENCES REGARDING LEAN NURSING: A MODEL PROPOSAL]

[Ali KAPLAN]

İstanbul University-Cerrahpaşa
Institute of Graduate Studies
Department of Management in Nursing
Management in Nursing Program

[Supervisor : Assoc. Prof. Dr. Feride EŞKİN BACAŞIZ]

Objective: The study aimed to conduct research on the experiences, opinions, and suggestions of nurses regarding lean healthcare and to propose a model for lean healthcare in nursing management.

Method: In qualitative design, data were collected between August 2021 and June 2022 with individual semi-structured interview forms. The population of the research consists of nurses from two hospitals in Bursa province with lean health experience and three hospitals in Çanakkale province without experience. The research sample consisted of 40 nurses determined with maximum diversity; different semi-structured forms were used in interviews of nurses and nurse managers. The data obtained from the interviews were coded in three cycles by using the MAXQDA analysis program and various analysis methods were used.

Findings: As a result of the analyses, the themes of problems, wastes, continuous improvement, and value were found; categories and codes were discovered related to these themes. In addition to the known wastes in lean healthcare, five more wastes were identified, and out of a total of 12 wastes, off-task work waste was reported the most. It was also observed that the group

without lean experience reported more wastes and problems than the group with lean experience, except for the waste of unnecessary material movement. Lack of personnel is the most reported problem and its relation with many problems and wastes is noteworthy. Various lean techniques and practices were included in the theme of continuous improvement, and the inexperienced group knew and performed without realizing these were identified. Nurses identified the value, which is the main focus of lean management, as care and treatment. In the last stage; the themes, categories, and codes were presented in a stepwise manner within the lean house model.

Conclusion: Considering the scarcity of lean healthcare practices in Turkey, as a result of the exploratory nature of this research, the model proposal including additional waste suggestions and problems makes important contributions to the literature. Moreover, it is understood that deficiencies such as lack of personnel and material can also lead to waste. Managers have important leadership roles in the lean nursing journey, and research findings have been reached to guide them in this regard. |

April 2024, [170] pages.

Keywords: [lean management, lean healthcare, lean nursing, wastes, lean house]

1. GİRİŞ

“Yalın üretim” veya “yalın yönetim” sisteminin temelleri, ilk kez 1950’li yıllarda Japonya’nın Amerikan seri üretim sistemiyle rekabet sürecinde Toyoda (yeni ismiyle Toyota) mühendislerinden Taiichi Ohno tarafından atılmıştır (Çakır, 2019). Womack ve Jones (1996) 17 ülkede 90’dan fazla işyerinde yaptıkları incelemeler sonucunda “The Machine That Changed the World (Dünyayı Değiştiren Makine)” kitabını yayınlamaları ile yalın yönetim kavramı endüstrinin gündeminde yer almıştır. Yalın yönetim düşüncesi, temelde, işin nasıl yapıldığını inceler, iyileştirmelerle bunu daha iyi ve daha hızlı yapabilmenin yollarını arar ve süreçleri kısaltmaya çalışmakla ilgilenir (Brenig-Jones & Dowdall, 2021). Yalın yönetim, bir kalite yönetim sistemini değil, kaliteyi etkin bir şekilde yönetmeye yönelik bir dizi eylemi ifade etmektedir (Montgomery, 2013).

Yalın yönetim, önce otomotiv gibi üretim sektöründe ilgi görürken daha sonraları hizmet sektörü sınıfında yer alan sağlık hizmetleri gibi alanlarda da uygulanmaya başlanmıştır (Ajmera & Jain, 2020; Işık, 2013). Sağlık hizmetlerinde ilk yalın uygulamanın kesin tarihi tam bilinmemekle birlikte Brandao De Souza (2009) ilk çalışma için 1995 yılını, daha güncel bir araştırmada Lima ve diğerleri (2021) ise 1994 yılındaki Pfaff (1994) çalışmasını göstermiştir.

Sağlık hizmetleri sunumu; hastaların perspektifinden değerlendirildiğinde temel beklentiler arasında etkin tedavi ve bakım almanın yanında bekleme sürelerinin az olması, süreçlerin aksamaması ve müşteri odaklı yaklaşımların varlığı yer almaktadır. Graban (2011) hastaneler üzerinde yaptığı bir incelemede; stok yönetimi aksaklıkları, doğru süreçlerin/prosedürlerin izlenmemesi, iş görmeme, işlerin görevi olmayan kişilere yaptırılması, kullanılmayan gereksiz donanımlar vb. sorunların olduğunu belirlemiş ve bunlara benzer sorunların II. Dünya Savaşı yıllarında da var olduğunu ortaya koymuştur. Bu durum sağlık hizmeti sağlayıcılarının hem tıbbi hem de yönetsel süreçlerde etkili bir yönetim anlayışını benimsemesinin ne denli gerekli olduğunu ortaya koymaktadır (Çavmak, 2018).

Yalın sağlık konusunda yapılan çalışmalarda süreç iyileştirmeye yönelik olumlu çıktıların raporlanması sonucunda sağlık kuruluşlarını iyileştirmenin etkili yollarından biri olarak görünmeye başlanmıştır (Brandao De Souza, 2009). Lima ve diğerlerinin (2021) yaptığı

sistematiik derlemede hastanelerde yalın sağlık kavramının araştırıldığı çalışılan alanlara ilişkin 19 kategori belirlenmiş olup bunlardan biri de hemşirelik yönetimidir. Yalın hemşirelik, hastaların ihtiyaçlarını yani değeri ilk sıraya alarak, hemşirelerin yüksek kaliteli ve hasta merkezli bakım sunmasına odaklanmayı sağlar (Magalhaes vd., 2016). Hemşirelik uygulamalarının yalın yönetim teknikleriyle standartlaştırılması aynı zamanda klinik değişkenliği de azaltacağından, hemşirelerin görevleri ve süreçleri öğrenmesini kolaylaştıracaktır. Neticede, bu hasta güvenliğine ve iyileşmeden taburculuğa yansıyan olumlu bir etkiyi doğuracaktır (Gadea Company & Budía Alba, 2019).

Hastanelerde yalın yönetim ilke ve teknikleri kullanılarak; sağlık bakım hizmetlerinin sunumunun kalitesinde, hasta ve çalışan güvenliği ve memnuniyetinde artık sağlanabilirken, israfların ve dolayısıyla maliyetlerin azalması gibi olumlu sonuçlar elde edilebilmektedir (Bıkmaz, 2019). Bunun birçok rneği 2000’li yıllarda görülmüştür. Yalın sağlıkta nc kuruluşlara bakıldığında; 2001 yılında Virginia Mason Tıp Merkezi (ABD), 2003 yılında ThedaCare (ABD) ve Flinders Tıp Merkezi (Avusturalya), 2005 yılında Royal Bolton Hastanesi (İngiltere) rneklere yer almaktadır (Parkhi, 2019). Örneğin, ABD’deki ThedaCare hastane zincirlerinin, st düzey yöneticisinden en alt düzey yöneticisine kadar günlük işleri standartlaştırdığı, günlük saha vizitleriyle gözlemleri artırdığı ve düzenli olarak iyileştirmelerin yapılması neticesinde operasyonel süreçlerinde büyük başarı sağladığı bilinmektedir (Barnas & Adams, 2016).

Türkiye’de yalın yönetim çalışmaları genel endüstri ve işletme alanında ağırlıklı olsa da günümüzde sağlık hizmetleri yönetimi alanında yapılan çalışmaların sayısı giderek artmaktadır. Ulusal literatür incelendiğinde; derleme çalışmaların ağırlıkta olduğu grlmkle beraber, hastanelerin bazı alanlarında kısıtlı yalın sağlık denemelerini içeren eylem araştırmaları gelmektedir (Akbal & Doğan, 2021; Aloğlu & Mert, 2022; Ayt & Durmuşoğlu, 2009; avmak, 2018; elenk ve diğ., 2019; Deniz & zelik, 2018; Deran & Beller, 2014; Efe & Engin, 2012). Örneğin; bir kamu hastanesinde yapılan araştırmada, fizik tedavi ve rehabilitasyon servisinde yaşanan uygulama süreçlerine ilişkin sorunların çözümünde yalın yönetim teknikleri kullanılmaya çalışılmış ve sonucunda hemşirelerin bilişsel yükünün azaldığı belirlenmiştir (Deniz & zelik, 2018). Bir başka örnekte; yalın olmayan hizmet süreçlerinde yapılan işlemlerin, en az %50’sinin değer katmayan işlevler olduğu ortaya konarak, hemşirelerin değer katmayan işlevleri belirlenmesine ve yönetsel süreçlere ilişkin öneriler getirilmiştir (zen, 2015). Yalın dönüşümün basamaklarının uygulandığı bir araştırmada ise;

başhemşire ve ekibine fatura komisyonu görevi verilmiş, çalışma devam ettikçe hemşirelerin yalın uygulamalarda daha aktif oldukları ve üstlenici rol aldıkları belirlenmiştir. Araştırma sonucunda, faturalandırma sürecinde israfa neden olan ve değer katmayan işlevler saptanarak, süreçlerde belirgin iyileşmeler sağlandığı da raporlanmıştır (Özdemir & Emel, 2013).

Hemşirelerin sağlık hizmeti sunumunda sayısal olarak çoğunluğu oluşturduğu göz önüne alındığında, hemşirelik hizmetleri yönetiminin yalın yönetim anlayışını benimsenmesi; tedavi ve bakım hizmetlerinin kalitesini artırma, israf ve maliyetleri düşürmede kullanılabileceği gibi hemşirelerin kişisel ve mesleki gelişimlerine de önemli katkılar sağlayabilir (Gemmell ve diğ., 2019; Tan ve diğ., 2023; Torun Kılıç & Öztürk, 2020). Yalın yönetim felsefesinin ve teknik boyutlarının tüm çalışanlar tarafından benimsenmesi için; insan kaynağının iyi yönetilmesi, şeffaflığın sağlanması, katılımcı yönetim anlayışının benimsenmesi ve yalın yönetim eğitimlerinin düzenli olarak yapılması gerektiğinin altı çizilmektedir. Dolayısıyla, yalın sağlık çalışmalarında; sürdürülebilirliği sağlamak önemli bir konu olup, yöneticilere kritik liderlik görevleri düştüğü üzerinde durulmaktadır (Çavmak, 2018; İntepeler ve diğ., 2014). Ancak ulusal literatürde yalın sağlık konusunda hemşirelik hizmetlerine yönelik yeterli çalışma olduğunu söylemek mümkün değildir. Bu çalışmada hemşirelik hizmetleri yönetiminde yalın yönetim anlayışının uygulanabilirliğine ilişkin ulusal alan yazınındaki boşluğu doldurmaya yönelik olarak, hemşirelerin mevcut deneyim ve görüşlerini derinlemesine incelenmiştir. Bu sayede yönetici hemşirelerin, yalın sağlık uygulamalarını yalın hemşireliğe uyarlayarak hemşirelik hizmetlerine yansıtılmalarını sağlayacak rehber niteliğinde bir model önerisi sunulması amaçlanmıştır.

2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE

Bu bölümde yalın yönetim (YY) kavramı, tarihsel süreç, ilke ve teknikler ile yalının sağlık hizmetlerindeki dönüşüme ilişkin teorik çerçeve aktarılarak ardından yalın hemşirelikle ilgili uygulamalara yer verilmektedir.

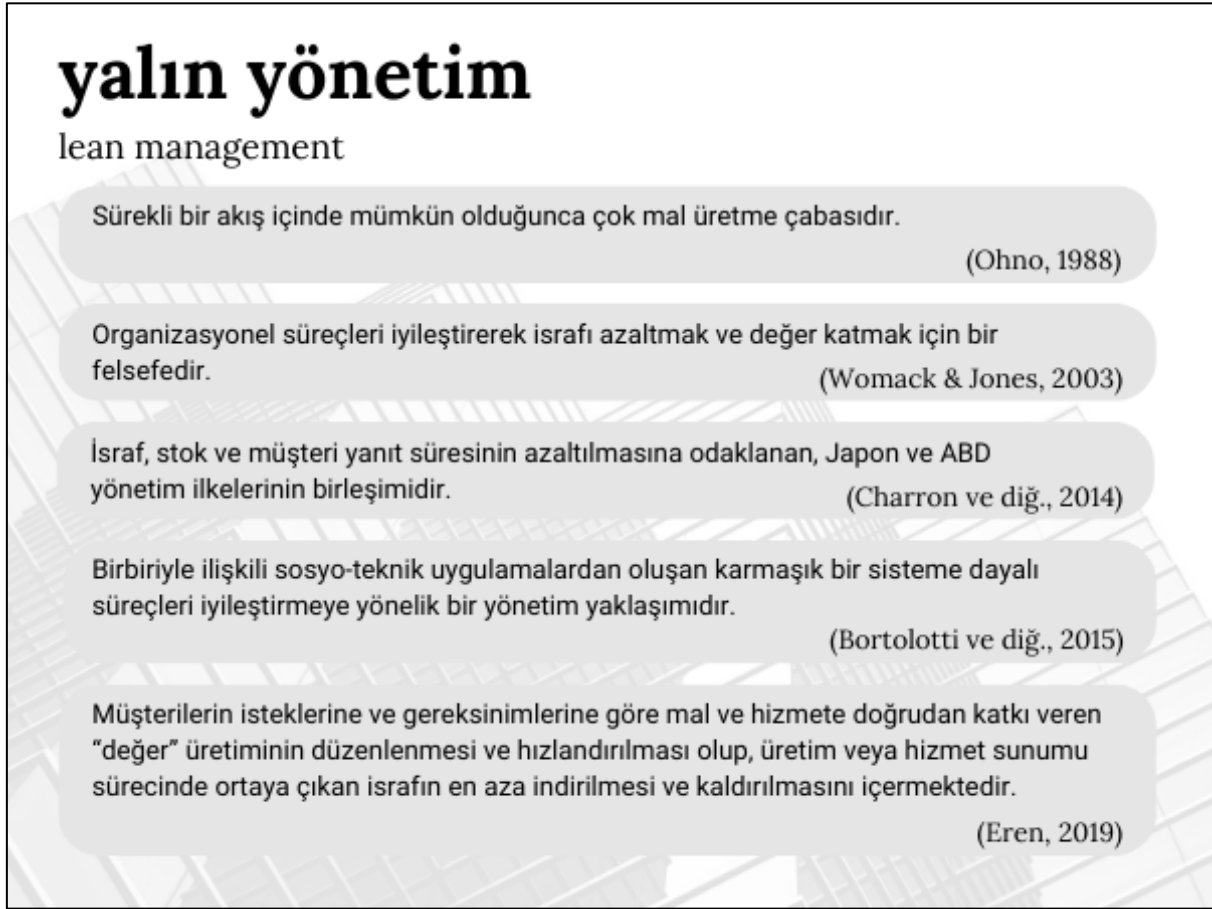
2.1. YALIN YÖNETİM

“Yalın üretim” veya “yalın yönetim” sisteminin temelleri, ilk kez 1950’li yıllarda Japonya’nın Amerikan seri üretim sistemiyle rekabet sürecinde Toyoda (yeni ismiyle Toyota) mühendislerinden Taiichi Ohno tarafından atılmıştır (Çakır, 2019). Japonya’da doğduğu için Japon Modeli, ilk kez Toyota’da uygulanmaya başlandığı için de Toyota Üretim Modeli (Toyota Production System (TPS)) olarak da bilinmektedir (Womack ve diğ., 1990a). Bu çalışmada, söylem birliği sağlamak ve çalışma alanına daha uygun bir terim olarak “Yalın Yönetim” kavramının kullanılmasına karar verilmiştir.

Yalın yönetim (Lean Management) kavramı, ilk kez 1980’lerin sonunda Massachusetts Institute of Technology Uluslararası Motor Araştırmaları Programında görevli araştırmacılarından John Krafcik tarafından kullanılmıştır (Krafcik, 1988). Ardından, Womack ve arkadaşlarının (1990b) 17 ülkede 90’dan fazla işyerinde yaptıkları incelemeler sonucunda “The Machine That Changed the World (Dünyayı Değiştiren Makine)” kitabını yayınlamaları ile YY endüstrinin gündemine düşmüştür. Lean, TPS’in batıya tanıtım ismi olmuştur. Kelime anlamı itibariyle İngilizce’de; “yağsız insan”, “zayıf ama diri ve sağlıklı” anlamlarına gelmektedir. Kitap, Türkiye’de Otomotiv Sanayii Derneğinin desteğiyle Türkçe’ye çevrilmiş ve Türkçe’de “süssüz” anlamına gelen “yalın” ifadesi tercih edilmiştir. Birçok kıyaslamalı analizle YY’nin başarısına yer veren bu kitapta, YY’yi 21. yüzyılın evrensel üretim sistemi olacağı öngörülmektedir (Womack ve diğ., 1990a).

Yalın yönetim literatüründe kapsamlı bilgi birikimi olsa da kavramsal tanımlamalar çalışmalara göre farklılık göstermektedir (Işık, 2013; Shah & Ward, 2007). Shah ve Ward (2007) YY’nin doğuşunu kronolojik olarak araştırdıklarında; Japon kültürüne temellenen YY kavramını batı dünyasının zor anlaması sebebiyle yalın evrimin uzun bir süreçte gerçekleştiğini öne

sürmüşlerdir. Yalın yönetim üzerine yapılan literatür incelemesinde yer alan bazı tanımlamalar kronolojik olarak aşağıdaki Şekil 2.1’de sunulmuştur.



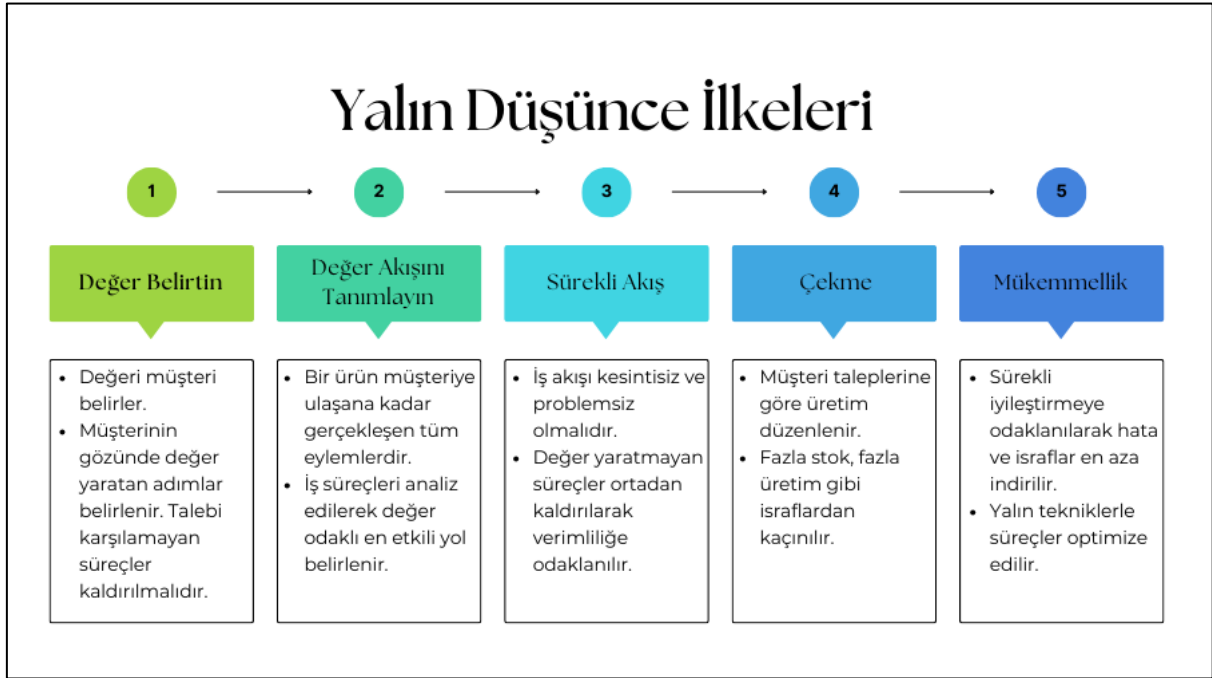
Şekil 2.1: Yalın yönetim tanımları

Günümüzde yalın, dünya çapında çok sayıda şirkette yaygın olarak kabul edilen ve uygulanan bir dizi araç, yöntem ve teknikten oluşmaktadır (Bortolotti ve diğ., 2015). Yalın yönetim, önceleri otomotiv sektöründe ilgi görürken sonrasında sağlık gibi hizmet sektörlerinde uygulanmaya başlanmıştır (Ajmera & Jain, 2020; Işık, 2013).

2.1.1. Yalın Düşünce ve İlkeleri

Yalın yönetim düşüncesi temelde, işin nasıl yapıldığını incelemek, iyileştirmelerle bunu daha iyi ve daha hızlı yapabilmenin yollarını aramak ve süreçleri kısaltmaya çalışmakla ilgilenmektedir (Brenig-Jones & Dowdall, 2021). Yalın yönetim bir anlamda daha çok çalışmaktansa, sistemi geliştirmeyi tavsiye etmektedir (Graban, 2011). Bir organizasyonda, yalın dönüşümün başarılı olabilmesi için; yalının yeni bir iş modeli olarak benimsenmesi gerekmekte olup, aksi taktirde eski iş modeliyle yaşanacak çatışmalardan dolayı dönüşümün başarısız olmasının muhtemel olduğu vurgulanmaktadır (Pekuri ve diğ., 2014).

Toyota Üretim Sisteminin başlangıç aşamalarında yer alan Taiichi Ohno'ya göre YY'nin sürekli iyileştirme ve insana saygı olmak üzere iki temel ilkesi vardır (Ohno, 1988). Bir başka popüler yaklaşım da Womack ve Jones'a (2003) ait beş yalın düşünce ilkeleridir (Şekil 2.2).



Şekil 2.2: Yalın düşüncenin 5 ilkesi (Womack & Jones, 2003)

Günümüzde yönetsel süreçleri pek çok yönüyle irdeleyip, daha az kaynakla (enerji, ekipman, malzeme, zaman, sermaye vb.) daha fazlasını yapabilmeyi amaçlayan YY'nin (Alves, 2022; Womack & Jones, 2003), organizasyonların performanslarını iyileştirmek için kullandığı küresel bir yaklaşıma dönüştüğü belirtilmektedir (Amaro ve diğ., 2019). Organizasyonel sürdürülebilirliği ve performansı artırdığı bilinen YY'nin (Amaro ve diğ., 2019), geleneksel organizasyonlara göre daha yatay hiyerarşiyi benimsediği ve “az yönetici-fazla çalışan” yaklaşımında olduğu ifade edilmektedir. Terfi fırsatlarının daha az olduğu bu durumda, becerilerin hiyerarşik olmayan kariyer yollarıyla ödüllendirilmesi gerekmektedir (Earley, 2016).

2.1.2. Yalın Yönetim Teknikleri

Yalın yönetimin en temel odaklarından birinin israf olduğu belirtilmektedir. Japonca'da “Muda” olarak tanımlanan israf, müşterinin ödemek istemediği her şey olarak tanımlanmaktadır. Yalın yönetim felsefesi sayesinde bu doğrultuda çeşitli teknikler geliştirilmiş ve geliştirilmeye devam edilmektedir (Çakır, 2019). Yalın yönetimde kullanılan teknikler Japonca ile isimlendirilirken, kavramın dünyada yaygınlaşmasıyla beraber terimler İngilizceye

de uyarlanmıştır. Ülkemizde bu alanda Eren (2019) yaptığı çalışmayla 12 YY tekniğini Türkçeye uyarlayarak alan yazınına kazandırmıştır (Şekil 2.3).

İngilizce	Türkçe
5S	5S
DOWNTIME	NEBAHAT
Andon	Yardım Düğmesi
Gemba	Er Meydanı
Takt Time	Üretim Ritmi
Heijunka	Üretim Hattı Düzleştirme
Kaizen	Sürekli İyileştirme
Kaizen Event	Yıldırım Harbi
Standardized Work	Standart İş
SMED	SMED
Poke-Yoke	Hata Önleme
SMART WAY	GÖZDEMİZ

Şekil 2.3: Yalın teknikler için Türkçe isim önerileri (Eren, 2019)

Yalın teknikler organizasyonlarda israfı azaltmanın yanında, çalışanların yetkilendirilerek yeni beceriler kazanması, tam zamanında verimli bir iş çıkarma, sürekli iyileştirme ve beraberinde başarılı süreç yönetimleri gibi çeşitli faydalar sağlamaktadır (Özdağoğlu & Rebiş, 2016; Palange & Dhattrak, 2021).

Aşağıda YY’de sağlık alanı ile ilişkili olarak en sık kullanılan tekniklerin tanımları ve kullanım alanları sunulmaktadır.

- **Kanban**

Kanban kelimesi Japonca’da tabela veya sinyal anlamlarını taşımaktadır (Bercaw, 2013). Stok yönetiminde; malzeme çekmenin zamanının geldiğini belirten bir sinyal sistemini ifade etmektedir (Rona Consulting Group, 2014). Bu sistem sayesinde malzemelerin doğru miktarda,

doğru yerde ve zamanda olması sağlanarak, en düşük stok seviyelerinde sürdürülebilirlik sağlanır (Işık, 2013). Kanban; ürün adı, açıklaması, miktarı gibi bilgiler içeren basılı bir kart, boş bir kap, raf veya alan olarak gösterilebilir (Earley, 2016). Bunlar aynı zamanda çekme sinyalleridir (Mann, 2015).

- **5S**

5S, genellikle YY'nin uygulanmasında temel yapı taşlarından biri olarak kabul gören, iş yeri organizasyonu metodolojisinin adıdır. 5S, sırasıyla yapılması gereken beş etkinliğin (Japonca) karşılığını ifade etmektedir (Kovacevic ve diğ., 2016). Eren'in (2019) Türkçeleştirme önerisi; (1) Sırala ve örneklendir, (2) seç ve yerleştir, (3) süpür ve parlat, (4) standartlaştır ve (5) sürdür aşamalarından oluşmaktadır. Literatürde son yıllarda altıncı olarak güvenliğin (Security) eklendiği çalışmalar olsa da Earley (2016) bunun ayrı bir aşama değil tüm diğer beş aşamanın vazgeçilmez bir parçası olduğunu vurgulamaktadır.

Çalışanların genellikle rutin işleri yaparken farklı yollar geliştirdiği ve bunun iş akışında bazı gecikme ve problemlere neden olduğu ifade edilmekte olup 5S'nin bu noktada ekip üyelerinin çalışmalarını gözden geçirmelerine ve işin en iyi nasıl yapıldığını netleştirmelerine yardımcı olduğu belirtilmektedir (Williams & Duray, 2017). Her şeyin bir yerinin olmasının ve standardın sağlanmasının bir yandan malzeme aramakla kaybedilen zaman israfını azaltacağı diğer yandan da üretkenliği artıracak görüşü benimsenmektedir (Bercaw, 2013). Bharambe ve diğerleri (2020) yayımladıkları literatür incelemesinde 5S yönteminin organizasyonunda iyileştirmeler yapmak isteyen tüm kuruluşlar için en uygun ve en faydalı yöntemlerden biri olduğunu, beraberinde iş üretkenliğini de artırdığını raporlamıştır.

- **Kaizen**

Japoncada değişmek anlamındaki “Kai” ile iyi veya daha iyi anlamındaki “zen” kelimelerinin birleşiminden oluşan Kaizen, kademeli, bitmeyen iyileştirme anlamını taşımakta, Türkçe’de “sürekli gelişme” şeklinde kullanılmaktadır. Kaizen temelde iş yerindeki tüm çalışanları kapsayan ve israfı ortadan kaldırarak tüm fonksiyon ve süreçleri sürekli iyileştiren faaliyetleri tanımlamaktadır (Kovacevic ve diğ., 2016). Yenilik kavramı bir seferde yapılan büyük sıçramalar için kullanılırken, Kaizen sürekliliği ifade etmektedir (Işık, 2013). Birçok yalın kuruluş, Kaizen etkinliklerini sürekli iyileştirme faaliyetlerinin düzenli bir parçası olarak görmek ve uygulamaktadır (Mann, 2015). Kaizen etkinliklerinde yönetimin rolü, iyileştirme

amaç ve hedeflerini belirlemek, ekibe liderlik sağlamak ve hedeflere ulaşılmasındaki engelleri kaldırmaktır (Duggan, 2017).

- **Değer Akış Haritalama**

Değer akış haritalama (DAH), iyileştirme planları yapmadan, sürecin mevcut durumunu açıklamaya yönelik bir yalın araçtır (Kavanagh & Donnelly, 2020). Womack ve Jones (1996) DAH oluşturmadaki hedefleri üç kategoride ele almaktadır; (1) müşteri tarafından algılanan şekliyle değer yaratanlar, (2) değer yaratmayan ancak gerekli olan ve elimine edilemeyenler, (3) müşteri tarafında değer yaratmayan yani ortadan kaldırılabilir eylemler. DAH'daki amaç, tüm operasyonel aşamaları görselleştirerek şeffaf halde sunmaktır. Değer akış haritalarıyla katma değer yaratmayan faaliyetler ortadan kaldırılırken, değer akışının kesintisiz sağlanması için neler yapılması gerektiği daha iyi ortaya çıkmaktadır (Çakır, 2019).

- **Görsel Yönetim**

Yalın yönetim, bilgiyi görselleştirmeyi önerir (Cattaneo ve diğ., 2017). Görsel yönetimin (GY) temel fikri, insanların nasıl yapılacağını bilmelerini istediğiniz herhangi bir şeyi görülmesi kolay bir şekilde göstererek, etkinliğin daha kolay gerçekleştirilmesini sağlamaktır (Williams & Duray, 2017). Görselleştirme yapılmış bir işyerinde bilgi, basit, evrensel olarak anlaşılan görsel cihazlara dönüştürülür ve mümkün olduğunca kullanım noktasına yakın bir yerde çalışma alanında yer alır. Görselleştirmeyi iyi kullanabilmek için görsel olarak nasıl düşüneceğini bilen yöneticilere ve çalışanlara sahip olmak gerekir (Galsworth, 2017; Graban, 2011). Galsworth (2017) aynı zamanda GY sürecini, iş yerindeki bilgi eksikliği ve hatalarını gidermek olarak tanımlamaktadır.

- **Gemba**

Gemba (Japonca) kelimenin tam anlamıyla “gerçek yer” anlamın gelmektedir. Bu nedenle Gemba'ya gitmek, her şeyden önce fiziksel olarak olay yerinde bulunmak ve gözlem yapmak anlamına gelir. Buradaki ana fikir, yöneticinin neler olduğunu kendi gözleriyle görmesidir (Williams & Duray, 2017). Etkili Gemba yürüyüşleri planlı ve düzenli olarak gerçekleşmeli ve yöneticinin standart çalışmasının bir parçası halinde olmalıdır (Rona Consulting Group, 2014). Gemba yürüyüşleriyle alandaki çalışanın gözünden bakabilmenin; daha iyi gözlem ve araştırma sağlayacağı gibi olumlu ilişkiler geliştirmeye de katkıda bulunacağı varsayılmaktadır (Williams

& Duray, 2017). Sahada olan biteni öğrenmeye yönelik bu yürüyüşler bir usta-çırak ilişkisine dayanır. Usta (Sensei) öğrencisine (Çırak) derinlemesine sorular sorarak, onu düşünmeye sevk edip çözümü bulmasına yardımcı olarak, problemi ve israfı nasıl çözeceğini öğretmektedir (Bercaw, 2013; Graban, 2011; Mann, 2015).

- **Hatasızlaştırma (Poka-Yoke)**

Sipariş sürecinde veya üretim sırasında oluşabilecek bir hatayı engellemek için önleyici cihaz veya prosedürlerdir (Womack & Jones, 1996). Hatasızlaştırma yöntemleri, proaktif ve reaktif yaklaşım olarak ikiye ayrılır. Proaktif yaklaşımda hata olmadan önce önleyecek faaliyetler yürütülürken, reaktifte hata sonrası nedenler araştırılarak, hatanın tekrarlama önlenir (Işık, 2013). İdeal bir hatasızlaştırma uygulamasının %100 etkili olması beklenir ancak her zaman bunu sağlayabilmek mümkün olmayabilir (Grabana, 2011). Hatasızlaştırmada kullanılan araçların özellikleri genellikle; üretimi durdurma, düzeltici önleyici faaliyet ve ikazdan oluşmaktadır (Işık, 2013).

- **5 Neden**

Kök neden analizi yaklaşımlarından biri olan "5 neden" yöntemi, tek bir kök nedene ve çözüme ulaşmak için beş kez "neden" sorusunu sormayı içerir (Card, 2017). Kullanım amacı, ana problemi gizleyebilecek katmanları ortadan kaldırarak, temel nedeni ortaya çıkarmak olan 5 Neden, problemin temel nedenini bulana kadar arka arkaya beş kez "neden" sorusunun sorulmasını içeren bir tekniktir. Ancak Earley (2016) art arda sorulan neden sorularından insanların rahatsız olduğunu hatırlatmakta ve burada iletişimin önemine değinmektedir. Bu konuda, Williams ve Duray (2017) en başta ilk sorulmak istenen konu sorulduktan sonra diğer alt araştırma konularını düşünmeyi önermektedir.

2.1.3. Yalın Altı Sigma

Her ne kadar Altı Sigma, 1980'lerde Amerikan bir marka olan Motorola'dan çıkmış olsa da literatürde bir süre sonra YY ile harmanlanmıştır. Bu noktada, israfı azaltmak gibi benzer amaçları içermesi ve net ayrımlara sahip olmaması temel neden olarak düşünülmektedir (Proudlove ve diğ., 2008). Günümüzde, yaygın kullanım şekli olan "Yalın Altı Sigma" ile yalın uygulamalardan biri gibi görülse de aksine iki olguya teknik sebeplerden farklı yaklaşımlar da vardır. Letícia ve arkadaşlarının (2020), YY ve altı sigma arasındaki farklara yönelik çıkarımları aşağıdaki Tablo 2.1'de gösterilmektedir.

Tablo 2.1: Yalın Yönetim ve Altı Sigma arasındaki farklar (Letícia vd., 2020)

Farklar	Yalın yönetim	Altı sigma
Başlangıç Yılı	1960	1980
İyileştirmenin Amacı	Müşteriye yüksek değer, hizmet sunmaktır	Ürün ve süreçlerin iyileştirilmesi, çeşitliliğin en aza indirilmesi
Prensipier	Verimliliği artırmak, maliyeti ve israfı azaltmak için en iyi uygulamaları ve süreçleri kullanmak	Kusur sayısını milyonda 3,4'ün altında tutun
Yöntem ve Araçları	5S, Poka-Yoke, 5 Neden Kanban, GY, Standartlaştırılmış işler	DMAIC (Tanımlama, Ölçme, Analiz, İyileştirme, Kontrol), istatistiksel süreç kontrolü, istatistiksel araçlar ve teknikler
Alt Yapı	Özel kaynaklara ihtiyaç duyulabilir, çok az resmi eğitim, iş başında eğitim	Özel kaynaklar, özel beceriler

2.2. YALIN SAĞLIK ve YALIN HEMŞİRELİK

Bu bölümde, YY'nin sağlık sektöründe kullanılan şekliyle “Yalın Sağlık” (YS) kavramı ve tarihsel gelişimine, YS ve yalın hemşireliğin temel unsurlarına ilişkin teorik çerçeve aktarılacak olup bu konuda yapılmış ulusal ve uluslararası uygulamalardan örneklerle yer verilmektedir.

2.2.1. Yalın Sağlık Kavramı ve Tarihsel Gelişimi

Yalın sağlık uygulamaları, ABD’de 1990’lı yıllara kadar dayanmaktadır (Grabana, 2011). Sağlık hizmetlerinde ilk yalın uygulamanın kesin tarihi tam bilinmemekle birlikte Brandao De Souza, (2009) ilk çalışma için 1995 yılını, daha güncel bir araştırmada ise Lima ve arkadaşları (2021) ise 1994 yılındaki Pfaff (1994) çalışmasını göstermiştir.

Grabana (2011) araştırmalarına dayanarak, aslında YY'nin yeni bir şey olmadığını, 20 yy. başlarında ilk verimlilik uzmanlarından Frank ve Lillian Gilbreth'in geliştirdikleri birçok yöntemi sadece sanayide değil hastanelerde de deneyerek sağlıkta yalının gelişimine ışık tuttıklarını belirtmektedir. Hatta Gilbreth yaptığı bir çalışmasıyla, günümüzde hemşirelik açısından çok bilindik bir çalışma alanı olan scrub hemşireliğin görevlerini geliştirerek hemşireleri ameliyatlara dahil etmiştir (Baumgart & Neuhauser, 2009). Bir başka örneğin de Henry Ford'un notlarında geçtiği belirtilmektedir. Ford, üretim tekniklerini bir hastane üzerinde denerken; hastanelerin hastaya değer sağlamayan uygulamalardan vazgeçmelerinden,

hemşirelerin hareket israflarını mimari açıdan önleyecek kusursuz kliniklerin varlığından söz etmektedir (Grabau, 2011).

Yalın üretim, sanayi alanından, Japonların bir modeli olarak çıksa da yalın sağlığın batıda filizlendiğini söylenebilir. Yalın sağlık üzerine ilk denebilecek bilimsel yayın; Almanya'dan araştırmacı Pfaff (1994) tarafından yapılmış olup, çalışmada hastanelerde yalının kullanımının kolaylık ve zorluklarını fikrîsel olarak değerlendirildiği ve uygulanabilirliğinin eleştirildiği görülmektedir. Yalın araştırmaların öncüleri; Womack ve Jones (1996) sağlık hizmetleri gibi birçok sektörün artan maliyetlere karşı alabilecekleri en iyi önlemin YY süreçlerinden geçtiğini belirtmişlerdir.

2000'li yılların başında Glossmann ve diğ. (2000), sanayiye özgün YY uygulamalarının sağlık alanında uygulanmasını yeni bir meydan okuma olarak nitelemiş, hastanelerin kalite süreçlerini geliştirmenin bir yolu olarak göstermiştir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2003 yılında sağlık kurumlarında kalite ve akreditasyon üzerine yayımladığı raporda; özellikle gelişmekte olan ülkeler için sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesinde kalitenin önemine değinerek, kullanabilecekleri kalite araçlarına yönelik çeşitli öneriler getirmektedir (<https://iris.who.int/>, Erişim tarihi: 16 Mart 2023). Günümüze kadar YS uygulamalarını çok konu almayan DSÖ, arşivinde sadece Human Immunodeficiency Virus (HIV) hastalarının bakım kalitelerinin artırılmasına yönelik bir rehberinde yalın ve altı sigma kalite araçlarının kullanımından söz etmektedir (www.who.int, Erişim tarihi: 16 Mart 2023).

Amerika Birleşik Devletleri'nde yer alan ThedaCare hastane zinciri, YS uygulamada 2003 yılından bu yana deneyim kazanmış örnek kuruluşlardan biri olarak göze çarpmaktadır. Değer akışını haritalamak için ekipler oluşturan hastane; süreçte ürünün hasta, değer akışını da tanı, tedavi ve bakım olarak belirlemiştir. ThedaCare yalın düşünceyle birlikte maliyetlerini düşürürken, hasta memnuniyetinin arttığını ve kalite süreçlerindeki iyileşmeleri bariz bir şekilde deneyimlemiştir. Bu iyileşmelerde, disiplinler arası sağlık çalışanları ve hasta yakınlarının da olduğu Kaizen ekiplerinin problemleri çözmede önemli rol oynadığı düşünülmektedir (Barnas & Adams, 2016). Avusturalya'dan bir kurum olan Flinders Medical Centre, acil servisten başladıkları çalışmalarını hastanenin geneline yayarak, bakım hizmetlerini yeniden tasarlayıp güvenli ve daha erişilebilir kılabilen bir örnek olmayı başarmıştır (Ben-Tovim ve diğ., 2007).

Dünya'da YS uygulamalarında her ne kadar özel kuruluşların isimleri öne çıksa da İngiltere Ulusal Sağlık Hizmeti (National Health Services (NHS)) YS'yi 2000'li yılların başından

itibaren takip ederek, ulusal çapta sağlık hizmetleri modernizasyonunun bir aracı olarak uygulamaya koymuştur (Brandao De Souza, 2009). Nitekim, bu konuda başarılı oldukları; Burgess ve Radnor'un (2013) İngiltere'deki kamu hastaneleri raporları üzerinde yaptıkları analizlerinde, YS uygulamalarının giderek yaygınlaştığını ve kurum stratejilerine döndüğünü saptamalarıyla anlaşılmaktadır.

Günümüzde sağlıkta kalite süreçlerine verilen önemin de artmasıyla beraber YS uygulamalarının giderek daha çok ilgi gördüğü görülmektedir (Lima ve diğ., 2021). Bunun yanı sıra, yayınların giderek sağlık alanındaki dergilerde yapılması bulgusu da sağlık alanından araştırmacılarının YY ile daha çok ilgilendiğini düşündürmektedir (Ramori ve diğ., 2021). Filser ve arkadaşları (2017) YS konusunda yapılacak gelecekteki araştırmalar için önerilerini; uygulamaları değerlendirmek, bilgi birikimini artırmak, zorlukları ve başarıları anlamak ve bu doğrultuda odağı genişletmek olarak belirtmişlerdir.

2.3. YALIN SAĞLIK ve HEMŞİRELİK HİZMETLERİNDEKİ UYGULAMALAR

Sağlık alanındaki yalın uygulamalar daha çok yalın sağlık (lean healthcare) olarak adlandırılmaktadır (Santos ve diğ., 2020). Yalın hemşirelik, ifadesinin ilk ne zaman kullanıldığı belirgin olmasa da en erken (Van Leeuwen & Does, 2010) çalışmasına rastlanılmaktadır. Bu araştırmada yalın sağlığın hemşirelikle ilgili uygulamaları “yalın hemşirelik” olarak isimlendirilmiştir.

Yalın sağlık literatürü azımsanmayacak boyutta geniş olup birçok araştırmacı tarafından da incelenip, yorumlanmıştır (Filser ve diğ., 2017). Güncel incelemelere bakıldığında; Mousavi Isfahani ve diğerleri (2018) araştırmasında; YS çalışmalarının çoğunluğunun ABD, Birleşik Krallık, Hollanda ve Kanada gibi gelişmiş ülkelerde yapıldığı görülmektedir. Uygulama alanları olarak bakıldığında ise; hastane genelinde veya birim olarak daha çok acil servislerde yapıldığı bildirilmektedir. Özellikle, değerlendirilen tüm çalışmalarda yer alan 150 göstergede iyileşme görüldüğü, ancak bu göstergelerin sadece 69'unda istatistiksel olarak anlamlı bir iyileşme bulunduğu raporlanmıştır. Bu 69 iyileşmeden hemşirelikle ilgili olanlar aşağıda sunulmuştur (Tablo 2.2).

Tablo 2.2: Mousavi Isfahani ve diğ. (2018) derlediği çalışmadan hemşirelikle ilgili anlamlı bulgular

Yazar(lar), yıl ve amaç	Hemşirelik alanından katkı	İlişkili istatistiksel anlamlı bulgu (p<0.05) ya da (p<0.001)
(Gutsche ve diğ., 2014) Hasta bakım süreçlerini yeniden tasarlayarak erken ekstübasyon oranlarını iyileştirmek	-Yalın tasarım eğitimi alan yoğun bakım ekibinin içerisinde hemşireler de yer aldı. -Müdahale, <6 saat içinde ekstübasyonu öngörmüştür.	-Müdahale sonrası ekstübasyon süresi %50 kısaldı.
(Bender ve diğ., 2015) Verimliliği iyileştirmek	-Kurulan yönetim ve yalın ekiplerde hemşireler de liderler arasındaydı.	-Ayakta tedavi gören hastaların ameliyata zamanında hazır olma oranı %59'dan %95'e yükseldi.
(Skeldon ve diğ., 2014) Verimliliği iyileştirmek	-Hasta süreçlerinde hemşireliğin rolünün artırılması planlanmış.	-RN'yi (Registered Nurse) bekleme süresi 90 günde 23'ten 5 dakikaya indi. -RN'nin muayenesi 90 günde 12.4'ten 17 dakikaya ilerledi. -RN'nin eğitimi 90 günde 2 dakikadan 10 dakikaya çıktı.
(Naik ve diğ., 2012) Hastaların Acil Servis (AS) deneyimlerini iyileştirmek	-Hemşireler için hasta takibi kağıt ortamından bilgisayarlı takip sistemine geçirilmiş. -Hasta çağırma, girişi ve yatak müsaitliği süreçleri hekimden alınarak hemşire ve ortak çalışan bir görevliye devredilmiş	-AS hasta ziyaretlerinde %7.3 artış, -Hasta girişi ile değerlendirme süresi 4.6 saatten 4 saate inmiş. -Hasta girişi ile triyaj arasında süre 0.6 saatten 0.3 saate inmiş. -Genel hizmet üretkenliği %18.8 artış göstermiş.
(McCulloch vd., 2010) Acil cerrahi hastalarında hasta güvenliğinin geliştirilmesi	-Vizitler hekim-hemşire birlikteliği açısından incelenmiş. -Hemşireler için; varis çorabı ve ilaç uygulamaları görselleştirilerek takibi kolaylaştırılmış. -Yatak başı hasta devri standartlaştırılıp bir çizelgeyle iyileştirilmiş.	-Derin ven trombozu profilaksinin doğru uygulanması müdahale öncesi uyum %35 iken; müdahaleler sonrası %87'ye, -Venöz alan enfeksiyonu protokolünün doğru kullanımı %46'dan %79'a, -Hekim-hemşirenin birlikte vizit atması %57'den %94'e, -Hasta takibi ve risk skorlamalarının yapılması %68'den %99'a,
(Collar vd., 2012) Verimliliği ve karlılığı artırmak, ekip morali ve eğitim fırsatlarını korumak	-Kaizen etkinliğinde hemşireler de yer almış.	Ameliyathanede; -Devir süresi 38 dakikadan 29'dakikaya, -Dönüşüm süresi 89 dakikadan 69 dakikaya inmiş. - Çalışan moral skorunda iyileşme

Tablo 2.3 (devam): Mousavi Isfahani ve diğ. (2018) derlediği çalışmadan hemşirelikle ilgili anlamlı bulgular

Yazar(lar), yıl ve amaç	Hemşirelik alanından katkı	İlişkili istatistiksel anlamlı bulgu (p<0.05) ya da (p<0.001)
(Warner vd., 2013) Ameliyathanede vaka sürelerinde verimliliği artırmak	-Kaizen etkinliğinde hemşireler de yer almış.	-İlk vakanın zamanında alınması altıncı haftada %71, bir yıl sonrasında %86 iyileşmeyle devam etmiş. -Çalışma saati %33 oranında azalmış.
(Chan vd., 2014) Acil serviste hasta akışındaki israfların tespiti ve kaldırılması	-Hemşireler triyaj bölümünde çalışmakta.	-Trijaj bekleme süresi 3.18 dakikadan 2.63 dakikaya inmiş.
(Ford vd., 2012) Akut iskemiyeye yönelik acil ilaç erişim süresini azaltmak	-DAH yapılması için oluşturulan ekipte acil servis hemşireleri de yer almakta.	-Hastanın acil servise girişi ile ilaç uygulanması arasındaki süre 60 dakikadan 5 dakikaya indirilmiş.
(Cima vd., 2011) Verimliliği artırmak	-DAH yapılması için oluşturulan ekipte uzman ve anestezi hemşireleri yer almakta.	-Hasta ve çalışan memnuniyeti geliştirilmiş. -Zamanında cerrahi uygulamalarda; göğüs cerrahisinde %50'den %80'e, jinekolojik cerrahide %64'ten %92'ye, genel/kolorektal cerrahide %60'tan %92'ye çıkılabilmektedir.
(Toledo vd., 2013) Nakil hastasının yatış süresinin kısaltılması	-Nakil koordinatörü hemşire ve servis sorumlu hemşiresi oluşturulan ekipte yer almış. Standartlaştırılmış bir tedavi-bakım planının içerisinde hemşire uygulamaları da bulunmakta.	-Nakil hastası yatış süresi 11 günden 8 güne çekilebilmiştir.

Yalın yönetim uygulamaları sağlık alanında ilgi çekerek kullanılırken, bir yandan çeşitli faydalar sağlamış diğer yandan üretim ortamlarında karşılaşılmayan bağlamsal engeller YS uygulamalarını zorlamıştır. Bazı araştırmacılar, literatürdeki YS uygulamalarını, belirli alanlarda yapılan izole girişimler olarak değerlendirmekte, negatif çıktılardan bahsetmekte, metodolojik ve kanıtsal düzeyde sorgulamaktadırlar (Lima ve diğ., 2021; Winner ve diğ., 2022). Bir derleme, hemşirelik süreçlerinde yalın ilkelerin uygulanmasının; bazı göstergelerde iyileştirmeler sağlasa da hasta başında geçen süreyi artırmadığını ya da büyük ölçüde bakımı etkilemediğini raporlamıştır (Brackett vd., 2013). Buradan hareketle yapılan çalışmalar genelinde; başlıca zorluklar arasında, uygulamaların sürdürülebilirliği, kanıta dayalı olmaları ve profesyonellik görülmektedir (Leite ve diğ., 2022).

Yalın yönetimin sağlık hizmetlerinde sürdürülebilirliği bir diğer önemli problem olarak karşımıza çıkmaktadır. Sürdürülebilirlik açısından, Henrique ve diğ. (2021) YS’de en az 18 aylık tecrübesi olan çeşitli kurumların deneyimlerini inceleyerek, 25 maddelik başarı önerisi getirmişlerdir. Bir başka çalışma, Brezilya’daki örneklerden yola çıkarak sürdürülebilirlik önündeki engelleri; insan kaynaklı (personel, hasta) ve sistemsal olarak tanımlamıştır (Leite ve diğ., 2020). Andersen ve diğ. (2014) ise, YS’nin kolaylaştırıcı faktörlerini bağlamsal çerçevede inceledikleri çalışmalarında; yönetim, destekleyici kültür, eğitim, ekip çalışması ve hekimlerin katılımının başta yer aldığı 23 faktörlü bir öneride bulunmuşlardır. Benzer şekilde, YS’de uzman kişilerle yapılan görüşmelerden oluşan bir araştırmada; uzmanlar, inovasyonu kullanmayı, örgüt kültürünü güçlendirmeyi ve güçlü liderliği yalın yolculukta kolaylaştırıcılar olarak açıklamışlardır (Ahn ve diğ., 2021).

Yalın sağlık, literatürde bulunan artan sayıda uygulamalarla sağlık kuruluşlarını iyileştirmenin etkili yollarından biri olarak görünmektedir ve çalışmalar bu görüşü desteklemektedir (Brandao De Souza, 2009). Lima ve arkadaşlarının (2021) yaptığı güncel sistematik derlemede hastanelerde yalın çalışılan alanlar 19 kategoride belirlenirken, bunlardan biri de hemşirelik yönetimidir. Yalın hemşireliğin, hastaların ihtiyaçlarını yani değeri ilk sıraya alarak, hemşirelerin yüksek kaliteli ve hasta merkezli bakım sunmasına odaklanmayı sağladığı belirtilmektedir (Magalhaes ve diğ., 2016). Hemşirelik uygulamalarının standartlaştırılmasının aynı zamanda klinik değişkenliği de azaltacağından, hemşirelerin görevleri ve süreçleri öğrenmesini kolaylaştıracağı belirtilmekte, bunun sonucunda da hasta güvenliğine ve iyileşmeden taburculuğa yansıyan olumlu bir etkiyi doğuracağı ifade edilmektedir (Gadea Company & Budía Alba, 2019).

Hemşirelikte yönetimde; yalın ilke ve teknikleri kullanılarak, yönetim süreçlerinin optimize edilmesi, kaynakların etkili bir şekilde kullanılması ve hasta bakımında hemşirelik hizmetlerinin daha etkin ve verimli hale getirilmesi gibi konularda çeşitli iyileştirmeler sağlanabilir (Noviati & Dyah Yuliati, 2020). Örneğin; karışık ve düzensiz bir nöbet teslim sürecini standartlaştırmaya giden araştırmacılar, hasta güvenliği, hasta yakınının katılımını ve zamandan kazanç sağlama gibi önemli birçok iyileştirme elde etmişlerdir (Klee ve diğ., 2012). Ancak, yalın hemşirelik uygulamalarında başarı sağlayabilmek için hemşire yöneticilerin süreci doğru benimsemesi ve ekibine liderlik etmesi gerekir. Kanada’da yapılan bir araştırmada; YS eğitimi alan yönetici hemşirelerin, yalın sağlığı değerli bulduğu ancak uygulamaları ek iş olarak

gördükleri, tam benimseyemedikleri saptanmıştır (Udod ve diğ., 2020). Uluslararası literatürde erişilen hemşirelikle ilgili YS çalışmaları Şekil 2.4'te sunulmuştur.

Yazar(lar) ve Yıl	Çalışma Adı	Ülke ve Örneklem
(Jones vd., 2022)	"Influencing Discharge Efficiency: Addressing Interdisciplinary Communication, Transportation, and COVID-19 as Barriers"	ABD Taburcu vaka sayısı (eğitim görenler hekim, hemşire ve diğer personel)
(Leite vd., 2022)	"Emergent barriers to the lean healthcare journey: baronies, tribalism and scepticism"	Brezilya 21 hemşire 10 hekim 2 koordinatör 5 yalın yönetim uzmanı
(Moreno-Fergusson vd., 2021)	"Analytics and Lean Health Care to Address Nurse Care Management Challenges for Inpatients in Emerging Economies"	Kolombiya 17618 hastanın hemşire kaydı
(Steere, 2022)	"5-Year Impact of LEAN Central Venous Catheter Occlusion Management & Quality"	ABD 5 Yoğun Bakım Ünitesi
(Stentoft & Freytag, 2020)	"Improvement culture in the public mental healthcare sector: evaluation of implementation efforts"	Danimarka 24 hemşire 8 hekim 16 diğer çalışan
(Tan vd., 2023)	"Lean management of nursing human resources during COVID-19 pandemic"	Çin HBYS verileri
(D. Williams vd., 2022)	"Quality Improvement: Implementing Nurse Standard Work in Emergency Department Fast-Track Area to Reduce Patient Length of Stay"	ABD hasta yatış verileri
(Udod vd., 2020)	"Nurse managers implementing the lean management system: A qualitative study in Western Canada"	Kanada 14 yönetici hemşire
(Creed vd., 2019)	"Using Lean Six Sigma to Improve Controlled Drug Processes and Release Nursing Time"	İrlanda İlaç süreçleri
(Hedges vd., 2019)	"Quiet Time Improves the Patient Experience"	ABD İki tıbbi birim
(Gammel vd., 2019)	"Problem-solving behaviour of nurses in a lean environment"	Belçika 9 Hemşire
(Nicosia vd., 2018)	"Nurses' Perspectives on Lean Redesigns to Patient Flow and Inpatient Discharge Process Efficiency"	ABD 26 Hemşire
(Magalhaes vd., 2016)	"Lean thinking in health and nursing: an integrative literature review"	Brezilya 47 dergi makalesi
(White vd., 2014)	"The impact of a large-scale quality improvement programme on work engagement: Preliminary results from a national cross-sectional-survey of the 'Productive Ward'"	

Şekil 2.4: Yalın sağlıkta hemşirelikle ilgili uluslararası çalışmalar

Yalın sağlık ve yalın hemşireliğin odağındaki; israfı azaltma stratejisi, yalın liderlik için değişimin gerekliliği, hasta güvenliğinin sağlanmasıdaki etkileri, teknoloji kullanımı ve dijitalleşmenin önemi görüldüğünden, alt başlıklarda devam edilmiştir.

2.3.1. İsrافی Azaltma Stratejisi

Değere ulaşmak için, israfların ve problemlerin bilinmesi, yalın teknikler ve sürekli gelişimle ortadan kaldırılması gerekir. İsrافların tanımlanmasında ilk literatür bilgisi, TPS süreçlerinde Taiichi Ohno tarafından geliştirildiği bilinen yedi israftır (Ohno, 1988). Sağlık sektörüne üretim alanındaki israfların uyarlamasının ilk örneğinin NHS Institute for Improvment and Innovation (2007) tarafından gerçekleştirildiği görülmektedir. şekil 2.5'te ilk yedi israfın YS'de örnekleri verilmiştir.





Şekil 2.5: NHS Institute for Innovation and Improvement (2007) tarafından Yalın sağlıkta 7 israfın infografisi

Yalın düşünceye göre israf, değerin tersidir ve değere ulaşabilmenin yolu israfları yok etmekten geçer. TPS'in dünyada YY'ye evrilmesiyle sekizinci israf, "kullanılmayan yetenek" eklenmiştir. Cunningham ve diğ. (2020) sekiz israfın (Defect, Overproduction, Waiting, Non-Utilized Talent, Transportation, Inventory, Motion, and Extra Processing) akılda kalmasına yardımcı olan "DOWNTIME" akronimini geliştirdiği belirtilmektedir.

Hastane süreçlerindeki iş akışı ve hasta akışını iyileştirmenin en iyi yollarından biri israfı azaltmaktan geçer. İsrafa neden olan problemleri görünür kılmak için; DAH, GY gibi yalın teknikleri kullanmak gereklidir (Alkaabi ve diğ., 2021; Graban, 2011). Hemşireler üzerinde yapılan bir araştırmada, günlük GY araçlarını kullanan hemşirelerin, kullanmayanlara göre çalışma koşullarını daha iyi değerlendirdiği ve mental streslerinin azaldığını göstermektedir (Williamsson ve diğ., 2019). Görsel yönetimin bir diğer katkısı da sürekli iyileştirme faaliyetlerini daha görünür kılarken, ekip çalışmasını desteklemesidir (Ulhasan ve diğ., 2015). Bir diğer etkin uygulama olan DAH'ın kullanımı GY'ye göre daha zor sayılabilir. Henrique ve diğ. (2016) DAH'ın YS'de kullanımı konusunda, hastanın tedavi ve bakım sürelerine etki eden tüm faaliyetleri gösteremediği eleştirisini getirmiş ve örnek bir DAH modeliyle hastanın yatış-taburculuk süreçlerinde ciddi iyileşme sağlamışlardır. Genel itibariyle, DAH'ın sağlıkta kullanımının; bazı kritik problemleri ve ortaya çıkardığı süreçleri vurgulaması, dolaylı olarak hasta memnuniyetini artırması ve sürdürülebilirliğe verdiği katkıları onu kıymetli bir araç yapıyor denilebilir (Ramos & Coelho, 2022).

Sağlık hizmeti süreçlerinin kompleks yapısı aynı zamanda israfların da çeşitli olmasına neden olabilmektedir. Bu açıdan literatürdeki çalışmalar incelendiğinde birçok alanda israfı azaltma çalışması görülmektedir. Örneğin, hemşirelerin tıbbi malzemeleri saklayarak fazla stok yapması yaygın görülen bir uygulamadır. Bu eylemin altında başlıca, kritik malzemedan yoksun kalmamak gibi durumlar yatmaktadır (Mann, 2015). Dammand ve diğerleri (2014) Danimarka'nın kamu hastanelerinde yaptıkları yalın uygulamalarda hasta bekleme sürelerinde azalma, daha yüksek verimlilikte çalışma ve personelin hareket israfını azaltma gibi yöntemlerle hasta tedavisinde verimliliği artırdıklarını ortaya koymuşlardır. Brezilya'daki bir hastanenin ameliyathanesinde yapılan çalışmada 10 ay boyunca operasyonel kayıp türleriyle ilgilenilmiş ve iyileştirme eylemleri sonucunda %12 maliyette azalma ile 400.000 ABD doları tasarruf edilmiştir (Souza vd., 2020).

2.3.2. Yalın Liderlik ve Değişim

Yalın sağlık hizmetlerinin sürdürülmesinde güçlü yalın liderlerin rolü göz ardı edilmemesi gerektiği ifade edilmektedir (Çilhoroz & Çakmak, 2020). Ajmera ve Jain (2020), YS üzerinde geliştirdikleri model çalışmasında en önemli değişkenin yalın liderlik olduğunu belirterek, profesyonel örgüt kültürünün sürdürülmesi, yalın eğitimin sağlanması, alanında uzman insanların işe alınması ve bölümler arası iş birliğinin sağlanmasına önem verilmesi gerektiğini vurgulamaktadır.

Yalın yönetim sürecinde liderin rolü bir koçluk ve mentorluk olarak tanımlanabilir (Winner ve diğ., 2022). Aij ve Teunissen (2017) YS’de ideal yalın liderlik özelliklerini dört kategoride belirlemiştir. Bunlar; (1) görev kimliğini algılama, (2) geri bildirim alma, (3) çalışanlara karar verme süreçlerinde özerklik tanıma ve (4) gelişime olan inanç olarak sıralanmaktadır. Tortorella ve diğerlerinin (2020) yaptıkları bir literatür taramasında; üretim alanı ile sağlık hizmetlerindeki yalın liderlik davranışlarının benzerliğine dikkat çekilmiş, yalın liderliğin genellenebilirliğine vurgu yapılmıştır.

Sağlık hizmetlerinde yalın liderlik üzerine çalışmaların, henüz üretim alanında yapılanlarla benzer seviyede olmadığı bilinmektedir ve yalının üretim alanından çıktığı düşünüldüğünde bu doğal karşılanabilir (Tortorella ve diğ., 2020). Hastanelerde yalın uygulamaların genellikle daha uzun sürdüğüne dair bir kanı mevcuttur. Hollanda’da iki hastanenin yalın süreçlerini yönetimsel olarak inceleyen dört yıllık bir çalışmada; üst, orta ve alt kademedeki yöneticilerin liderliğinin önemli olduğu yukarıdan-aşağıya yalınlaşma modelinin daha başarılı sonuçlar verdiği raporlanmaktadır (Van Beers ve diğ., 2021).

Yalın liderlikle ilişkili olarak yönetici hemşirelerle yapılan çalışmalarda kullanılan teknikler arasında Gemba ve Kaizen’in yer aldığı görülmektedir. Yönetici hemşirelerin YS tecrübelerini aktardığı bir araştırmada, Gemba yürüyüşlerini yaptıkları, sorunları konuştukları görülmüştür. Ancak Gembanın, personeldeki eğitici rolü gibi, bir problemin çözümüne sunduğu katkılar konusunda yeterli kavrayışa sahip olmadıkları bildirilmiştir (Udod ve diğ., 2020). Bir taraftan her düzeyden çalışanların fikirlerinin alındığı Kaizen faaliyetlerinde liderlik daha bir önem kazanmaktadır. Hemşirelerin nitel görüşmeyle Kaizen deneyimlerinin alındığı bir araştırmada; Kaizeni olumlu bir deneyim olarak gördükleri, gözle görünür bir değişme olmadığında motivasyonlarının düştüğü bildirilmiştir (Shatrov ve diğ., 2021). Toussaint ve Berry (2013) ABD’deki YS uygulamalarını incelemişler ve yöneticilere mevcut durum değerlendirmesi için

altı ilkeyi sıralamışlardır. Bunlar; sürekli iyileştirme, değer yaratma, tüm çalışanlara saygı, amaç birliği, görsel takip ve esnek düzenleme olarak yer almaktadır.

2.3.3. Hasta Güvenliği ve Memnuniyeti

Hasta güvenliği, halen önemli bir halk sağlığı sorunu olmaya devam etmekte ve küresel boyutta önde gelen ölüm ve sakatlık nedenleri arasındadır. Ancak, DSÖ bu zararların büyük bir çoğunluğunun önlenabilir nitelikte olduğunu vurgulamaktadır (World Health Organization, 2021). Döner ve diğ. (2021) hasta güvenliğini tehdit eden boyutları; tıbbi hatalar, teşhis hataları, sepsis, radyasyon hataları, güvenli olmayan cerrahi uygulamalar, kan transferi güvenliği, venöz tromboembolizm ve hastane enfeksiyonları olarak ele almıştır. Kuşkusuz, bu boyutlarda teşhis hataları haricinde hemşirelerin doğrudan etkili olduğu uygulamaların yer aldığı düşünülebilir.

Hastalar ve toplum için daha fazla değer, daha kaliteli hizmet üretmek de yalının amaçları arasındadır (Işık, 2013). Yalın sağlık uygulamaları doğru şekilde kullanıldığında, hemşirelik bakımının kalitesini artırabilir ve hatalar azaltılarak hasta güvenliğini sağlamak mümkün hale gelebilir (AlQedrah ve diğ., 2022). Hastanelerde hatalar insan, yöntem veya ekipman kaynaklı yaşanabilir (Lindenau-Stockfisch, 2011). Bu konuda en çok yaşanan insan kaynaklı hatalardan biri de yanlış ilaç uygulamalarıdır. Kavanagh ve Donnelly (2020) çalışmalarında, DAH ile hemşirelerin ilaç uygulamalarını değerlendirmiş, standartlaştırma önerileriyle yürüttükleri Kaizen faaliyetlerinde başarılı olmuşlardır. Amerika’da yalın deneyimli hastaneler üzerinde yapılan kapsamlı bir araştırmanın neticesinde, yalın uygulamaların hasta güvenliği üzerinde doğrudan ve olumlu bir etkiye sahip olduğu belirtilmiştir (Dobrzykowski ve diğ., 2016). Bir başka araştırma; yalın ilkelerle kişisel güvenliğe, sürecin yeniden tasarımına ve tele tıp konularına odaklanılmasının COVID-19’un sahadaki etkilerini azaltabileceğini ifade etmiştir (Hundal ve diğ., 2021).

2.3.4. Teknoloji Kullanımı ve Dijitalleşme

Günümüz dijital çağında, YY tekniklerinin yanında teknolojinin entegrasyonu da önerilmektedir. Özellikle YY’de yer alan çeşitli tekniklerin uygulanması noktasında büyük veri analitiği, bulut sistemleri, simülasyon ve artırılmış gerçeklik gibi teknolojilerin kullanılması gerekliliği ifade edilmektedir (Valamede & Akkari, 2020). Hastane Bilgi Yönetim Sistemlerinin benimsenmesi dünya genelinde artmaktadır. Bilgi sistemlerinin kullanılması; sağlık kayıtlarının yönetimi, süreçleri kolaylaştırma, verimliliği artırma ve maliyetleri düşürme

gibi çeşitli avantajlar sunmaktadır (Alsalman ve diğ., 2021). Dolayısıyla, teknolojinin kullanımı YS uygulamaları açısından umut vericidir.

Teknoloji kullanımı YY uygulamaları için öncü bir aşama olarak değerlendirilmektedir (Jasti & Kodali, 2016). Bir literatür incelemesinde, yapay zekâ sistemlerinin sağlık hizmeti sağlayıcıları tarafından olumlu şekilde benimsendiğini, hemşirelik hizmetleri sunumunda ve yönetiminde verimliliğin artırılmasına olumlu yönde etki ettiği bildirilmektedir (Lee & Yoon, 2021). Sağlıkta bir başka dijitalleşme aracı da klinik çalışmalara yardımcı öneriler sunan klinik karar destek sistemleridir. Bu sistemler, kanıta dayalı hemşireliğin uygulanabilmesi, tıbbi hataların önlenmesi ve hemşirelik bakımının standartlaştırılması gibi alanlarda hemşireler tarafından kullanılabilir (Çiriş Yıldız ve diğ., 2020). Türkiye’de yapılan bir başka araştırmada; hemşirelikte dijitalleşmenin etkileri YS yaklaşımıyla incelenmiş, dijital uygulamaların, hasta bakımına ayrılan süreyi artıracak, israfların azaltılarak hemşirelerin iş akışını iyileştireceği, hasta güvenliği ve beraberinde memnuniyetin artacağı gibi faydalar açıklanmıştır (Uzun & Cerit, 2019). Bunların ışığında, hastane süreçlerinde, teknoloji kullanımı ve dijitalleşmenin yalın sağlığın temel amaçlarına hizmet edeceği görülmektedir.

2.4. TÜRKİYE’DE YALIN SAĞLIK ve HEMŞİRELİK UYGULAMALARI

Sağlık Bakanlığı’nın Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Başkanlığı tarafından yürütülen ulusal sağlıkta kalite çalışmalarında YS ilke ve tekniklerinden örnekler görülmektedir. Türkiye’de Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) çalışmaları 2003 yılında, Sağlıkta Dönüşüm Programının önemli bir parçası olarak tanıtılmış, 100 maddeden oluşan ilk SKS seti 2005 yılında yayınlanmıştır (Ertaş & Çelik, 2018). En son Kasım 2021 tarihinde SKS Sürüm-6 duyurulmuş ve Sağlık Bakanlığı kalite denetimleri bu versiyon doğrultusunda hastaneleri denetlemeye devam etmektedir (<https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr>, Erişim tarihi: 26 Ekim 2023). SKS Sürüm-6 incelendiğinde; doğrudan, kök neden analizi, kritik ve minimum-maksimum stok seviyesi terimlerinin kullanıldığı görülmektedir. Hatta, tanımlar arasında YS’den esinlenerek değer kavramına yer verilmiş ancak hastanenin gerçekleştireceği tüm faaliyetler olarak tanımlanmıştır. Beraberinde yalın ilkelere uygun; uygulamalarda standardizasyon sağlama, israfları azaltma, problemleri çözme gibi yaklaşımların olduğu görülmektedir. Sağlık Bakım ve Hasta Hizmetleri Daire Başkanlığının çıkardığı bir yayında ise; Aydın ilinde bir devlet hastanesinin yalınlaşma süreçlerinden örnekler yer almaktadır (Özcan vd., 2015).

Türkiye’de İstanbul merkezli Yalın Enstitünün verdiği eğitimler doğrultusunda YS’de ilk uygulama örnekleri Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi ve Özel Medikabil Hastanesidir. Ardından 2015 yılında Bolu’da bazı kamu hastanelerinde uygulamalar yapıldığı belirtilmektedir (<https://www.lean.org.tr>, Erişim tarihi: 05 Şubat 2023). Ayrıca, Uludağ Üniversitesindeki çalışmalar; poliklinikler, eczane hizmetleri, faturalandırma bölümlerinde bir proje olarak yürütülmüş; bu proje deneyimleri bir tez olarak yayınlanmıştır. Aynı zamanda projenin faturalandırma bölümünde başhemşire ve beraberinde bir hemşire grubu süreci üstlenmiş ve kurumun aylık faturalandırmasında %17,5 artış sağlanmıştır (Özdemir & Emel, 2013). Kılıçarslan (2018) “Sağlıkta İsraf (Yalın Hastane)” ismini verdiği kitabında ise Türkiye’deki ilk yalın uygulamanın Cofi-Dent Ağız ve Diş Sağlığı Merkezinde olduğunu iddia etmektedir ancak uygulamanın zamanı belirtilmemiş ve kaynağa ulaşılamamıştır. Literatürde ulaştığımız bilgiler doğrultusunda Türkiye’de YS alanında yapılan ilk yayınların; tez araştırması olarak Derin ve Tikici’ye (2008), ilk dergi makalesinin de Efe ve Engin’e (2012) ait olduğu bulunmuştur.

Türkiye’de hala az sayıda YS uygulaması bulunmaktadır ve bunlar kurumsal boyutta kapsamlı çalışmalar olmayıp, belirli alanlarda deneyimlendiği görülmektedir. Uluslararası literatüre benzerlik göstererek acil servislerdeki çalışmalara odaklanılmıştır. Bu araştırmalar incelendiğinde; genellikle hastaların çeşitli bekleme sürelerinde (triyaj, transfer, tetkik sonuçlanma) iyileştirmeler yapıldığı, değer yaratacak uygulamalara ulaşmak amaçlanmıştır (Akbal & Doğan, 2021; Aslan & Pekcan, 2020; Çelenk ve diğ., 2019; Efe & Engin, 2012).

Türkiye’de YS uygulamalarının bilinirliği de bir o kadar azdır ki, rekabetin yoğun olduğu özel sektörde yapılan bir araştırmada; Ankara’da 17 özel hastanenin yöneticileriyle görüşmeler yapılarak, yalınla ilgili sorular sorulmuştur. Katılımcıların %49.2’si YS kavramıyla daha önce tanışmadığını belirtmiştir (Özkan & Orhaner, 2018). Benzer şekilde, bazı araştırmalar da YY ve YS’nin Türkiye’de çok bilinmediğini vurgulamıştır (Doğan & Şimşek Yağlı, 2019).

Yalın sağlık uygulamaları, hemşirelik süreçlerinin birçok alanında iyileştirmeler sağlayacak dönüştürücü etkiye sahiptir (Magalhaes ve diğ., 2016). Türkiye’de yalın hemşirelik alanındaki çalışmalar ise hayli sınırlı kalmaktadır. Bu araştırmacıların bazı eleştirileri sıralanacak olursa; İntepeler ve diğ., (2014) hasta güvenliği açısından yönetici hemşirelerin, hemşirelerine liderlik sağlamaları gerektiğinin altını çizmiştir. Bıkmaç (2019) ise; ülkemizdeki çoğu hastanenin gereksinimlerini doğru karşılayacağı bir mimari yapıya sahip olmadığı ve yalın görüşe uygun

yapılmadığını dile getirmiştir. 2023 yılında ise alandan iki tez çalışmasının YS ile ilgili olması, Türkiye’deki hemşire araştırmacıların ilgisinin yalın sağlığa kaydığının en iyi örneği olabilir (Koç & Ecevit Alpar, 2023; Torun Kılıç & Öztürk, 2023). Türkiye’de YS üzerine yapılan çalışmalardan hemşirelerle ilgili olanlar Şekil 2.6’da gösterilmiştir.

Yazar(lar) ve Yıl	Çalışma Adı	Şehir ve Örneklem
(Efe & Engin, 2012)	Yalın hizmet-değer akış haritalama ve bir acil serviste uygulama	Yer belirtilmemiş Örneklem yok
(Deran & Beller, 2014)	Hastanelerde yalın yönetimin bir aracı olarak değer akış maliyetleme ve kamu hastanesinde bir uygulama	Yer belirtilmemiş Örneklem yok
(Deniz & Özçelik, 2018)	Sağlık hizmet süreçlerinin yalın düşünce aracılığıyla geliştirilmesi	Eskişehir Örneklem yok
(Çelenk vd., 2019)	Yalın düşünce bakış açısıyla acil servis iş akışlarının değerlendirilmesi	İzmir Örneklem yok
(Biçer vd., 2020)	Yalın liderlik ölçeğinin Türkçe uyarlaması: Geçerlik ve güvenirlik çalışması	İstanbul 253 hemşire
(Dağcı & Aslan, 2020)	Sağlık sektöründe yalın üretim uygulaması: Tokat ilinde bir devlet hastanesi örneği	Tokat Örneklem yok
(Torun Kılıç & Öztürk, 2020)	Lean approach to processes regarding nursing activities at hospital: Evaluation of nurses' views	Karadeniz Bölgesi 172 hemşire
(Boztosun vd., 2022)	Yalın liderliğin iş-aile çatışmasına etkisinde algılanan örgütsel desteğin aracı rolü: Kayseri’de bir kamu hastanesi örneği	Kayseri 323 çalışan (127 sağlık teknikeri/teknisyeni, 92 tıbbi sekreter, 55 hemşire, 49 hekim)
(Türkön & Toraman, 2023)	Sağlık kurumlarında yalın yönetim: Bursa ilinde bir uygulama örneği	Yer belirtilmemiş Kadın hastalıkları ve doğum polikliniği

Şekil 2.6: Yalın sağlıkta hemşirelikle ilgili Türkiye’deki çalışmalar

3. YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI ve TASARIMI

Bu araştırma; hemşirelerin yalın sağlığa ilişkin deneyim, görüş ve önerilerinin bireysel derinlemesine görüşme yöntemiyle belirlenerek, hemşirelik hizmetleri yönetiminde yalın sağlığa ilişkin bir model önerisinin oluşturulması amacıyla tasarlanmıştır.

Bu çalışmada nitel araştırma yaklaşımlarından durum çalışması benimsenmiştir. Bir nitel durum çalışması benzersiz bir durumu ortaya koymak, detaylandırmak için tasarlanmaktadır (Stake, 1995). Literatürden de anlaşıldığı üzere; yalın sağlık uygulamaları, henüz yeterince deneyimlenmemiş ve anlaşılamamış olduğundan bu çalışmada detaylandırılarak ortaya konmak istenmiştir. Durum çalışmasında araştırmacı, sürmekte olan güncel yaşanan deneyime odaklanırken, karşılaştırma yapabilmek için çoklu durumlar tanımlayabilmektedir (Creswell, 2013). Bu çalışmada, yalın sağlığı kurumsal düzeyde deneyimleyen iki hastanenin yanında karşılaştırma yapabilmek için çalışmaya üç deneyimsiz hastane daha katılmıştır. Durum çalışmaları, araştırmacının durumla ilgili elde ettiği genel çıkarımlar neticesinde son bulurken, Yin (2009) bu durumu “model” inşa etmek olarak nitelendirmektedir. Benzer şekilde, bu araştırma sonucunda bir model önerisi sunulması amaçlanmıştır.

3.2. ARAŞTIRMA SORULARI

Araştırmada aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır;

1. Hemşirelik hizmetleri sunumunda ve yönetiminde yalın sağlık uygulamaları nelerdir? Ne olabilir? Yalın sağlıkta deneyimsiz grup neler deneyimlemektedir?
2. Yalın hemşirelik model önerisi ne olabilir?

3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ ve ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini Marmara Bölesindeki iki farklı şehirde (Çanakkale ve Bursa) yer alan beş hastane oluşturmuştur. Evrendeki hastanelerle ilgili özellikler aşağıdaki Tablo 3.1’de verilmiştir.

Tablo 3.1: Evrendeki hastanelerin özellikleri

Özellikler	A Hastanesi	B Hastanesi	C Hastanesi	D Hastanesi	E Hastanesi
İl	Çanakkale	Çanakkale	Çanakkale	Bursa	Bursa
Kurum Tipi	Sağlık Bakanlığı Hastanesi	Üniversite Hastanesi	Özel Hastane	Üniversite Hastanesi	Özel Hastane
Yatak Kapasitesi	545	565	75	904	154
Yalın Sağlık Deneyimi	Yok	Yok	Yok	Var	Var

Amaçlı örneklem, nitel araştırmalarda sıklıkla kullanılan bir kavramdır. Amaçlı örneklem yöntemlerinden biri de maksimum çeşitlilik örneklemesidir. Bu yaklaşımda araştırmacı, katılımcılar arasında maksimum farklılığı sağlayarak, verilerin çeşitlilik yansıtmaya olasılığını artırmaktadır (Creswell, 2013). Bu araştırmada, Türkiye’de gerek sağlık gerekse hemşirelik alanında yalın uygulamaların azlığı ve dolayısıyla çalışmaların da yetersizliği göz önünde tutularak maksimum çeşitlilik örnekleme tercih edilmiştir. Maksimum çeşitlilik Tablo 3.2’de belirtildiği değişkenler üzerinden sağlanmaya çalışılmıştır.

Tablo 3.2: Maksimum çeşitlilik ölçütleri ve örneklem dağılımları (N:40)

Çeşitlilik Ölçütleri		n	%
Yalın Sağlık Deneyimi	Var	17	42,5
	Yok	23	57,5
Çalışılan Kurum Tipi	Özel Hastane	13	32,5
	Üniversite Hastanesi	17	42,5
	Sağlık Bakanlığı Hastanesi	10	25,0
Görevi	Hemşire	12	30,0
	Alt Kademe Yönetici Hemşire	13	32,5
	Üst ve Orta Kademe Yönetici Hemşire	15	37,5

Nitel araştırmalarda, belirli bir örneklem büyüklüğü yaklaşımı benimsenmemekte olup verilerin tekrar etmeye başladığı ve farklı bir aktarımın olmadığı aşamada yani veri doygunluğa ulaşıldığında yeterli örneklem büyüklüğünün sağlanmış olduğu belirtilmektedir (Corbin & Strauss, 2014). Toplamda 40 hemşire ile yapılan görüşmelerden sonra yanıtların tekrarlandığı gözlemlenmiş ve veri doygunluğuna ulaşıldığı kabul edilmiştir.

Bireysel derinlemesine görüşme yönteminde ilk ısınma sorusunda bireylerin kendilerini tanıtmalarıyla kişisel ve mesleki verileri (cinsiyet, çalıştığı kurum tipi, mesleki deneyim yılı, görevi, yalın sağlık deneyimi) toplanmıştır.

Araştırmaya katılan her bir hemşirenin kişisel ve mesleki özelliklerine ilişkin bilgiler Tablo 3.3'te verilmektedir.

Tablo 3.3: Hemşirelerin kişisel ve mesleki özellikleri (N:40)

Kod	Cinsiyet	Çalıştığı Kurum Tipi	Mesleki Deneyim Yılı	Kurumda Çalışma Yılı	Görevi	Yalın Sağlık Deneyimi
K1	Kadın	ÖH	24	1	ÜKYH	Var
K2	Kadın	ÖH	37	11	Hemşire	Var
K3	Kadın	ÖH	36	11	ÜKYH	Var
K4	Kadın	ÖH	36	2	ÜKYH	Var
K5	Kadın	ÖH	16	10	Hemşire	Var
K6	Kadın	ÖH	15	10	AKYH	Var
K7	Kadın	ÖH	4	4	AKYH	Var
K8	Kadın	ÖH	14	11	AKYH	Var
K9	Kadın	ÖH	16	11	AKYH	Var
K10	Erkek	ÖH	24	13	Hemşire	Var
K11	Kadın	ÜH	23	23	OKYH	Var
K12	Kadın	ÜH	31	6	Hemşire	Var
K13	Kadın	ÜH	28	15	OKYH	Var
K14	Kadın	ÜH	28	27	OKYH	Var
K15	Kadın	ÜH	26	22	OKYH	Var
K16	Kadın	ÜH	24	24	OKYH	Var
K17	Kadın	ÜH	35	31	OKYH	Var
K18	Kadın	ÖH	26	5	ÜKYH	Yok
K19	Kadın	ÖH	12	5	Hemşire	Yok
K20	Kadın	ÖH	13	13	AKYH	Yok
K21	Erkek	ÜH	9	6	AKYH	Yok
K22	Kadın	ÜH	19	2	AKYH	Yok
K23	Kadın	ÜH	9	9	AKYH	Yok
K24	Kadın	ÜH	17	2	Hemşire	Yok
K25	Kadın	ÜH	17	10	AKYH	Yok
K26	Kadın	ÜH	20	2	Hemşire	Yok
K27	Kadın	ÜH	16	14	Hemşire	Yok
K28	Kadın	ÜH	16	14	OKYH	Yok
K29	Kadın	ÜH	16	14	OKYH	Yok
K30	Kadın	ÜH	10	3	Hemşire	Yok
K31	Kadın	SBH	14	7	AKYH	Yok
K32	Kadın	SBH	27	17	Hemşire	Yok
K33	Kadın	SBH	11	8	Hemşire	Yok
K34	Kadın	SBH	36	20	Hemşire	Yok
K35	Kadın	SBH	36	16	AKYH	Yok
K36	Kadın	SBH	22	10	OKYH	Yok
K37	Kadın	SBH	11	9	AKYH	Yok
K38	Kadın	SBH	29	15	AKYH	Yok
K39	Kadın	SBH	29	27	OKYH	Yok
K40	Kadın	SBH	12	7	OKYH	Yok

ÖH: Özel Hastane, ÜH: Üniversite Hastanesi, SBH: Sağlık Bakanlığı Hastanesi

AKYH: Alt Kademe Yönetici Hemşire, OKYH: Orta Kademe Yönetici Hemşire, ÜKYH: Üst Kademe Yönetici Hemşire

Araştırmaya katılan hemşireler çoğunlukla kadındı (%95,0) ve üniversite hastanesinde (%42,5) çalışmaktaydı. Hemşirelerin mesleki deneyim süresi ortalamasının $21,10 \pm 8,97$ yıl; kurumda çalışma süresi ortalamasının $11,68 \pm 7,50$ olduğu hesaplandı. Katılımcıların çoğunlukla alt kademe yönetici olduğu (%32,5) ve sadece %42,5'inin YS uygulamalarında deneyimli olduğu belirlenmiştir (Tablo 3.3).

3.4. VERİLERİN TOPLANMASI ve VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Nitel araştırmaların en önemli özelliği, insanları ve olayları kendi doğal ortamlarında incelemesi yani doğalcılığıdır. Bir alanda veya yaşam ortamında temasın yoğun, uzun bir zamanda sürdürülmesiyle yürütülür (Punch, 2014). Bu nedenle araştırma verileri, Ağustos 2021- Haziran 2022 tarihleri arasında yarı yapılandırılmış formlar aracılığıyla yüz yüze bireysel derinlemesine görüşmeler yapılarak toplanmıştır.

Yarı yapılandırılmış görüşmelerde pilot çalışmaların yapılmasının önemi bilinmektedir. Pilot çalışmaların araştırmacıya sağladığı faydalar; muhtemel zorlukları önceden göstermesi, konuya hakimiyetin artması, veri toplama araçlarına olan güvenin artması ve dolayısıyla araştırma kalitesinin artması olarak sayılabilir (Malmqvist ve diğ., 2019). Bu doğrultuda araştırmacılar tarafından literatür desteğiyle (Graban, 2011; Ohno, 1988) oluşturulan görüşme soruları, üç pilot görüşme yapılarak uygunluk ve anlaşılabilirlik açısından test edilmiştir. Görüşmeler sonucunda sorular tekrardan düzenlenerek tez izlem jürisine sunulmuştur. Jüriden gelen önerilerle beraber görüşme formları son halini almıştır. Pilot görüşmelerden elde edilen veriler çalışma bulguları arasında yer almamaktadır.

Araştırma için gerekli izinlerin alınmasının ardından evreni oluşturan hastanelerdeki hemşire ve yönetici hemşirelerle ön görüşme sağlanarak katılımcı ve görüşme planı oluşturulmuş ve görüşme öncesi iletişime geçilmiştir. Plan içerisinde yer alan katılımcılardan görüşmeyi reddeden veya yarıda bırakan olmamıştır. Oluşturulan plan doğrultusunda görüşmeler araştırmacı tarafından çalıştıkları alanlarda (klinik, hemşire odası, şahsi odası) gerçekleştirilmiş, görüşmelerde katılımcılara çalışmayla ilgili gerekli bilgilendirmeler yapılarak ses kaydı alınması konusunda yazılı onamları alınmıştır.

Bireysel derinlemesine görüşmeler sırasında kullanılan yarı yapılandırılmış görüşme formu toplam 10 sorudan oluşmaktadır. Araştırmaya katılan hemşirelerin pozisyonlarının farklı olması nedeniyle, her bir grubun kendi işleyişleri açısından değerlendirebilmeleri için birbiri ile paralel özellikteki sorulardan oluşan iki ayrı soru formu hazırlanmıştır (Ek-1, Ek-2). Görüşme formundaki 1., 8., 9. ve 10. sorular her iki grup için de aynı olup, 2 ile 7 arasında kalan diğer tüm sorular katılımcıların pozisyonuna göre uyumlaştırılmıştır.

Tablo 3.4'te hemşire ve yönetici hemşireler için hazırlanan görüşme formlarında yer alan sorulara yer verilmektedir.

Tablo 3.4: Hemşire ve yönetici hemşireler için görüşme soruları

Sıra	Yönetici Hemşire Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu (EK 1)	Hemşire Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu (EK-2)
1	Kendinizi kısaca tanıtır mısınız? (Eğitim durumu, mesleki deneyim, geçmişteki pozisyonlar, yönetsel deneyim vb.)	
2	Hastanenizde yönetici olarak üstlendiğiniz temel görevler/rollerin neler olduğunu ve göreviniz dışında neler yaptığınızı kısaca açıkla mısınız?	Biriminizde hemşirelerin görevi kapsamında yaptığı işler nelerdir? Bu işlerden hangilerinin görevi dışında olduğunu düşünüyorsunuz?
3	Hemşirelik hizmetleri yönetiminde önemli ve önemsiz gördüğünüz uygulamalar ve nedenlerini kısaca açıkla mısınız?	Hemşirelik hizmetleri sunumunda önemli ve önemsiz gördüğünüz uygulamalar ve nedenlerini kısaca açıkla mısınız?
4	Yönetici hemşire olarak en fazla zaman harcadığınızı işler ve nedenlerini kısaca açıkla mısınız? Zaman kayıplarına yönelik önerileriniz neler olabilir?	Biriminizde işinizi yaparken en fazla zaman harcadığınızı işler ve nedenlerini kısaca açıkla mısınız? Zaman kayıplarına yönelik önerileriniz neler olabilir?
5	Hastanenizde kaynak israfına ilişkin düşünceniz nelerdir? (İsraf kaynakları (malzeme, zaman, hareket, insan kaynağı vb.), israf nedenleri ve önlemler)	Biriminizde kaynak israfına ilişkin düşünceniz nelerdir? (İsraf kaynakları (malzeme, zaman, hareket, insan kaynağı vb.), israf nedenleri ve önlemler)
6	Yönetici hemşire olarak, hemşire insan kaynağının doğru etkin kullanımı konusunda ne düşünüyorsunuz? Nasıl bir iyileştirme yapılabilir?	Hastanenizde hemşire insan kaynağının daha etkin nasıl kullanılabileceğini düşünürsünüz?
7	Hemşirelik hizmetleri sunumunda/yönetiminde en sık yaşanan sorunlar/hatalar nelerdir? Bunların önlenmesi için neler yapılabilir?	Hastanenizde hemşirelik uygulamalarında en sık karşılaşılan sorunlar/ hatalar nelerdir? Bunların önlenmesi için neler yapılabilir?
8	Hastanenizde hemşirelik hizmetleri yönetim yapısı (organizasyon şeması) ve işleyişi hakkında ne düşünüyorsunuz? Öneriniz ne olabilir?	
9	Yalın yönetim/sağlık anlayışı size ne çağırıyor? Hemşirelik hizmetleri yönetiminde yalın yöntemlerle neyi iyileştirmek istediniz?	
10	Konuya ilişkin eklemek istediğiniz veya atladığınızı düşündüğünüz görüş ve önerileriniz varsa lütfen aktarınız.	

3.5. VERİLERİN ANALİZİ

Bu araştırmada, nitel verilerin analizinde sıklıkla kullanılan yöntemlerden tematik analiz kullanılmıştır. Toplamda yapılan 40 görüşmenin sonunda elde edilen ses kaydı 1945 dakika, metne döküldüğünde ise 419 sayfalık bir görüşme raporu elde edilmiştir. En kısa görüşme 12 dakika, en uzun görüşme ise 142 dakika olarak kaydedilmiştir.

Nitel veri analizi, veri setinin okunmasını, temaları kodlamayı ve organizasyonunu, veri sunumu ve yorumlamayı içerir (Creswell, 2013). Tematik analizde kodlama döngüsel bir eylemdir. Bir kez kodlama yaparak mükemmel bir sonuç elde etmek nadiren mümkünken, ikinci (belki üçüncü veya dördüncü) döngü kodlamalardan daha iyi sonuçlar beklenir. Çünkü verilerin en belirgin özellikleri işlenerek süzülür, vurgulanır ve böylece kategori, tema ve kavramlar oluşturularak anlam yakalanır (Saldaña, 2016). Bu araştırmada üç döngüsel kodlama yapılmış olup Şekil 3.1’de analiz akışı belirtilmiştir. Sırasıyla;

1. **Yapısal Kodlama (Structural Coding):** Büyük veri korpusu içerisinde veriyi bir etiketleme aracı gören soru temelli kodlamadır. Yapısal kodlama, daha ileri düzey detaylı kodlama için bir temel teşkil ederken, özellikle çoklu katılımcısı olan yapılandırılmış veya yarı-yapılandırılmış veri toplama tekniklerinde önerilmektedir (Saldaña, 2016). Bu aşamada, görüşme soruları doğrultusunda, katılımcı ifadeleri birinci düzeyde kategorize edilmiştir.
2. **In Vivo Kodlama (In Vivo Coding):** İn vivo kodlama, katılımcıların kendi konuşma sözlerine vurgu yapan bir nitel veri analizi biçimidir. İn vivo kodlar geliştirildikten sonra eksensel kodlama ile daha karmaşık ve ince ayrımlı kategoriler geliştirilir (Manning, 2017). Bu çalışmada özellikle alana ve yalına ilişkin terminolojiye yönelik hemşirelerin kullandığı terimsel ifadeler analiz edilerek 78 kod oluşturulmuştur.
3. **Eksensel Kodlama (Axial Coding):** Eksensel kodlamada amaç; araştırmada hangi kodların daha baskın, hangilerinin daha az önemli olduğunu belirlemektir. Bunun için eş anlamlı ifadeler birleştirilir, gereksiz kodlar silinirken temsil gücü yüksek kodlarla veri seti düzenlenir (Boeije, 2009). Bu çalışmada eş anlamlı ifadelerin birleştirilmesi ve temsil gücü yüksek olan kodlara yer verilmesine yönelik yapılan düzenlemelerle kod sayısı 54’e gerilemiş, kod kitabı son halini almıştır.

Şekil 3.1’de araştırmanın içerik analizi akış şemasına yer verilmektedir.



Şekil 3.1: İçerik analizi akış şeması

Nitel verilerin analizi MAXQDA© Analytics Pro 2020 adlı bilgisayar tabanlı veri analiz programı üzerinden gerçekleştirilmiştir. Programın analiz özelliklerinden; yaratıcı kodlama, karşılaştırmalı analiz kapsamında kod matris tarayıcısı, etkileşimli alıntı matrisi, iki vaka analizi; ilişkisel analiz kapsamında kod ilişkileri tarayıcısı ve kod haritası analizlerinden faydalanılmıştır. Ayrıca kodlama döngülerinde programın özelliklerinden biri olan Memolar (hatırlatıcı notlar) tutularak çıkarımlar, betimlemeler yapılmış ve kodlama sürecinde bu bilgilerden faydalanılmıştır. Ayrıca, araştırmacı nitel araştırmalar ve MAXQDA üzerine birden fazla eğitim almış ve gerekli bilişsel beceriyi sağlamaya çalışmıştır.

Nitel veri analizinde bazı yöntem bilimciler sahadaki her detayın kodlama açısından dikkate değer olduğunu düşünürken, bazıları veri setinden sadece araştırma sorularıyla ilgili en belirgin bölümlerin analizinin yapılmasını önermektedir (Saldaña, 2016). Bu çalışmada kodlama sürecinde araştırma konusuyla ilişkisiz içerikler diğer olarak kodlanmış olup her döngüde tekrar bakılarak değerlendirilmiştir.

Kod haritalarında ve alıntılarda yer alan (Deneyimli\K1, Hem) şeklindeki parantez içi açıklamalarda; birinci kısım katılımcının yalın sağlık deneyimi varlığı/yokluğunu, ikinci kısım katılımcının cinsiyetini (K/E) ve katılımcı sırasını ve üçüncü kısım da görevini ifade etmektedir. Hemşire (Hem), alt kademe yönetici hemşire (Alt), orta kademe yönetici hemşire (Ort), üst kademe yönetici hemşire (Üst) şeklinde gösterilmiştir.

3.6. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Araştırmanın yapılabilmesi için İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Sosyal ve Beşerî Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu Başkanlığından 12.05.2021 tarihinde 92730 sayılı etik kurul izni alınmıştır (Ek-4). Ardından görüşmelerin gerçekleştirildiği kurumlardan gerekli olan kurum izinleri alınmıştır (Ek-5, Ek-6, Ek-7, Ek-8, Ek-9). Ayrıca katılımcılara; araştırmanın amacı ve yöntemi, görüşmelerde ses kaydının alınacağı, kişisel verilerinin gizli tutulacağı ve tüm verilerinin sadece bu çalışma kapsamında bilimsel amaçlarla kullanılacağı konusunda ayrıntılı açıklama yapılarak, bilgilendirilmiş gönüllü onam formunu (Ek-3) doldurmaları istenmiştir. Bulgular bölümünde kişinin kendisini hedef gösterecek olan veriler maskeleyerek paylaşılmış ya da çıkarılma yoluna gidilmiştir.

3.7. GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK

Nitel araştırmalarda geçerlik ve güvenilirliğin sağlanmasında pek çok perspektif bulunmaktadır. Bu araştırmada geçerlik yöntemi olarak Creswell'in (2013) belirttiği en sık kullanılan sekiz yöntemden *akran incelemesi, uzun süreli katılım ve sürekli gözlem, dış denetimler* stratejileri tercih edilmiştir. Creswell (2013) sekiz yöntemden en az ikisiyle araştırmacının meşgul olmasını tavsiye etmektedir. Bu araştırmada kodlama sürecinde; akran desteği alınmış, araştırmacının sahada çalışıyor olmasından kaynaklı uzun süreli katılım ve gözlem yapılmış, yalın sağlık alanında uzman kişiler ve alanda uzman tez izlem jürisinden görüşler alınarak dış denetim sağlanmıştır.

Nitel araştırmalarda güvenilirlik için literatürde pek çok öneri yer alsa da genellikle verilerin birden fazla kodlayıcı arasındaki tutarlılığına bakmak çok tercih edilen bir yöntemdir. Bu araştırmada da tercih edilen bu yöntemde iki ayrı kodlayıcının kodlamasındaki benzerliğe bakılır. Miles ve diğerleri (2014) bunun en az %70 düzeyinde olması gerektiğini belirtmişlerdir. Bu çalışmada yapılan iki ayrı kodlamanın uyuşma yüzdesi %85 bulunmuştur.

3.8. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI ve GÜÇLÜKLERİ

Bu araştırmanın veri toplama aşaması COVID-19 pandemisine denk geldiğinden; nitel çalışmaların bir gereği olarak ve katılımcılarla doğal ortamlarında (hastanede) görüşmenin verimli olacağı düşünülerek vaka sayılarındaki dalgalanmalarda düşüşler beklenmiş, bu ara dönemlerde veriler toplanmaya çalışılmıştır. Aynı zamanda bu süreçlerde sahadaki iş yükünün

artması ve dolayısıyla motivasyonun azlığı, kişisel izolasyonların üst düzeyde olması ve çalışma yapılan sahanın (hastaneler) hastalık açısından riskli olması çeşitli zorlukların yaşanmasına (katılımcı bulamama, görüşmelerin daha kısa tutulması vb.) neden olmuştur.

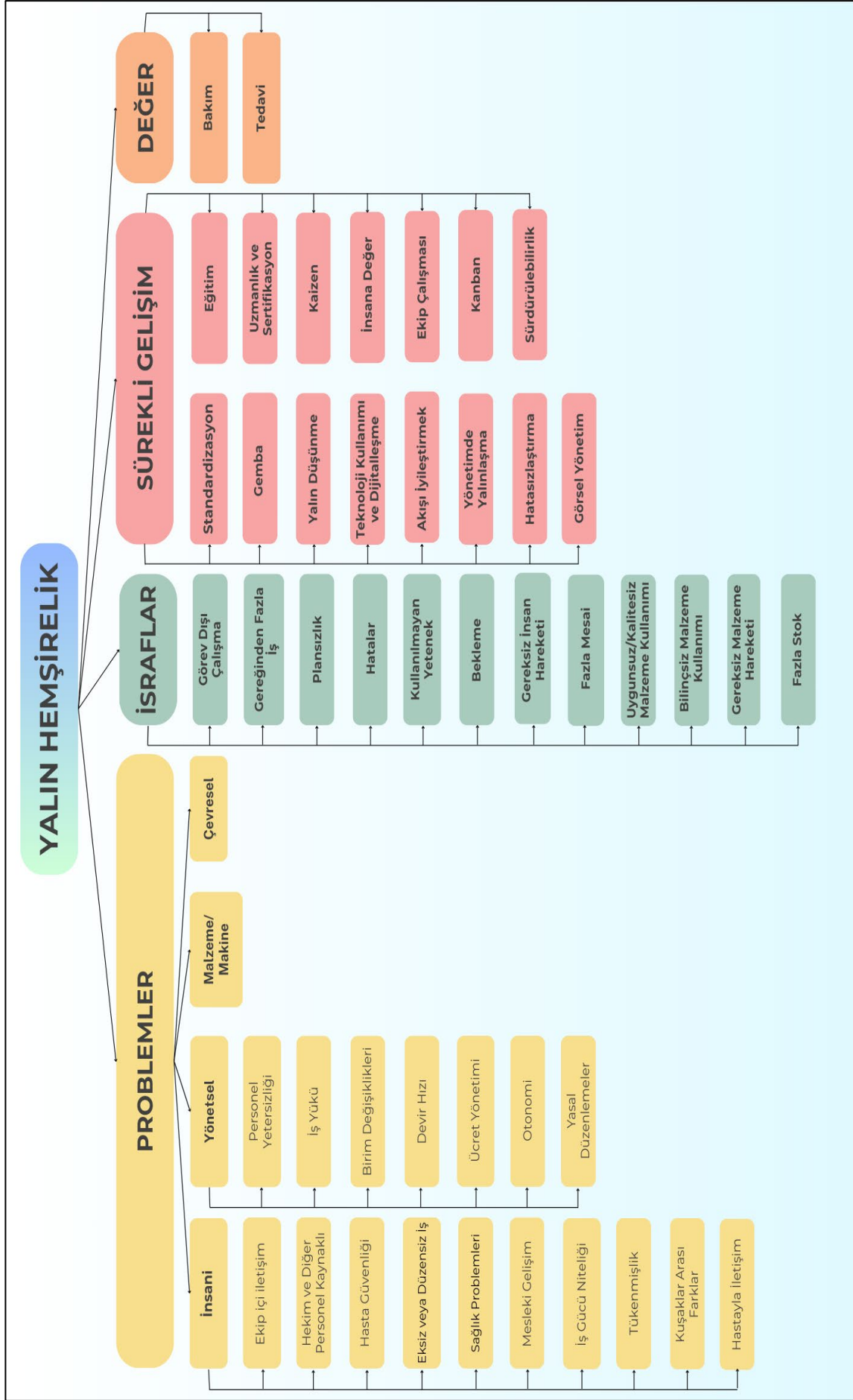
Araştırmanın deneyimli grubunu Türkiye’de sadece kurumsal düzeyde yalın uygulamada bulunan iki kurum oluşturmaktadır. Türkiye’deki sağlık sektörünün YY uygulamalarında son 10-15 yıldır tecrübe kazandığı görülmektedir. Yalın yönetimde deneyimli kurum sayısı az olduğu gibi bu konuda eğitim alıp, deneyim kazanan hemşire sayısı da oldukça az olduğundan örnekleme deneyimli grup ile deneyimsiz grup eşit sayıda tutulamamıştır.



4. BULGULAR

Bireysel derinlemesine görüşme yoluyla elde edilen verilerin içerik analizi sonucunda; **“İsraflar”, “Problemler”, “Sürekli Gelişim”, “Değer”** olmak üzere 4 (dört) ana tema elde edildi. Bu ana temalara bağlı 33 alt tema ve iki alt temaya bağlı 17 kod yer alırken; toplamda ise 54 kodlama gerçekleşti. 54 kod içerisinde toplamda 1801 kodlama yapıldığı görüldü. Ana temalar, alt temalar ve kodları gösteren diyagram Şekil 4.1’de sunulmuştur.

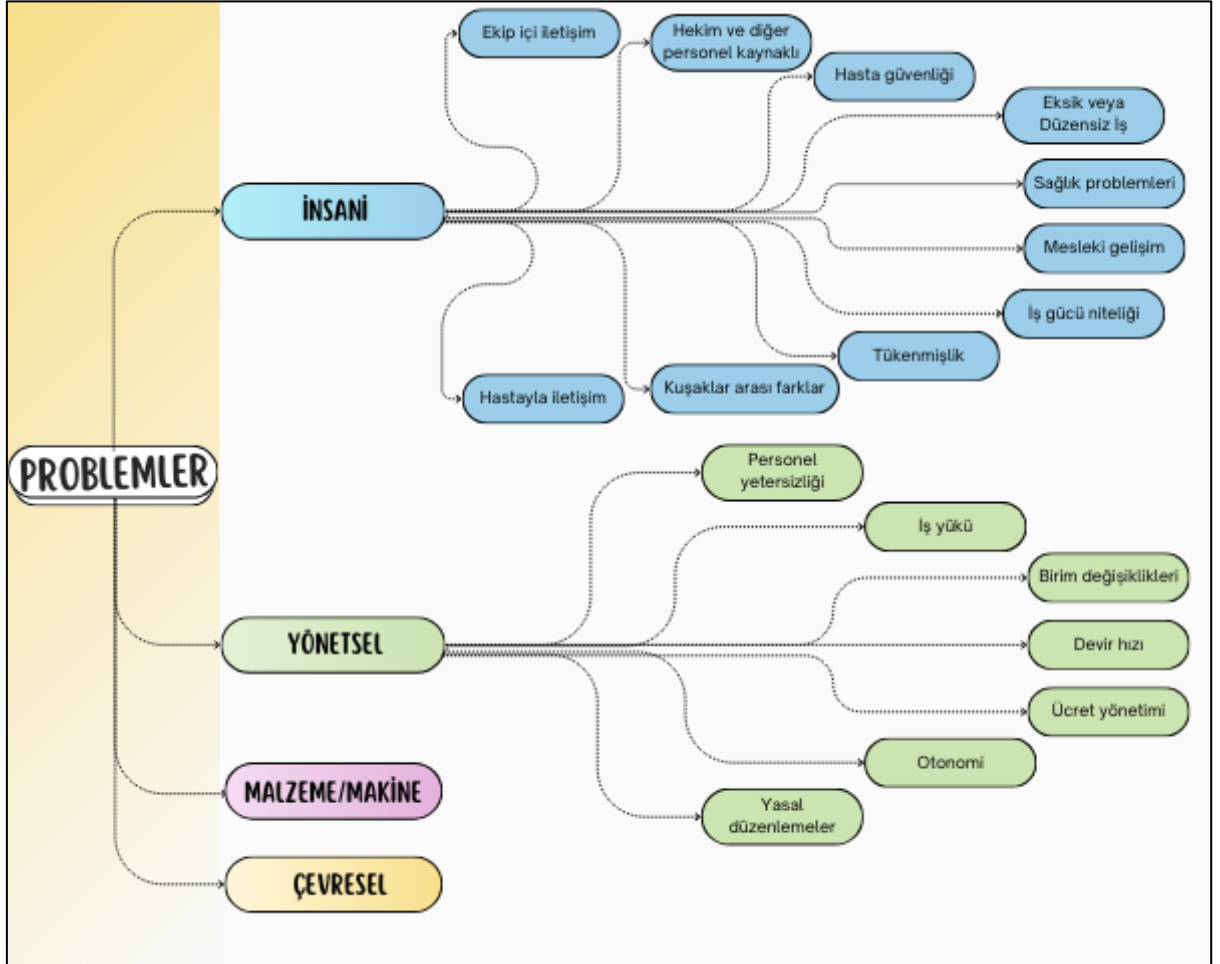




Şekil 4.1: Ana temalar, alt temalar ve kodlar

4.1. PROBLEMLER ANA TEMASINA İLİŞKİN BULGULAR

Katılımcıların sahada yaşadıklarını belirttikleri problemler; insani, yönetsel, malzeme/makine ve çevresel kaynaklı olmak üzere dört ayrı alt temada kodlanmıştır. Bu alt temalar altında yer alan kodlar Şekil 4.2’de detaylandırılmıştır.



Şekil 4.2: Problemler ana teması, alt temaları ve kodları

4.1.1. İnsani

Bu alt tema altında 10 kod oluşturulmuş olup; bu kodlar, arasında temsil gücü en yüksekte en düşüğe göre sıralandığında **ekip içi iletişim** kodunun en yüksek, **hastayla iletişim** kodunun ise en düşük temsil gücüne sahip olduğu saptanmıştır (Şekil 4.2).

- **Ekip içi iletişim**

Ekip içi iletişim kodunda hemşireler genelde; hekimlerle, diğer personellerle ve kendi meslektaşlarıyla yaşadıkları problemleri ifade etmişlerdir. Katılımcılar ekip içi iletişimde;

ulaşamama, ortak bir iletişim dili yakalayamama, iletişim zincirinin uzaması ya da dijital iletişim problemleri yaşadıklarını paylaşmışlardır. Katılımcılar, hekimlerle yaşadıkları iletişim problemlerinin hekime ulaşamama ve hekimle görüş ayrılıklarından kaynaklandığını iletmişlerdir. Bir katılımcı destek personelleriyle profesyonel bir iletişim dili yakalayamadıklarını ve çözümsüz kaldıklarını belirtmiştir. Üst düzey yöneticilik yapan bir katılımcı iletişimde ara basamaklar artıkça yanlış bilgilerin arttığını dile getirmektedir. Alt düzeyde bir yönetici ise; mesai haricinde akşamları geç saatlerde WhatsApp üzerinden yapılan yazışmalardan duyduğu rahatsızlığı aktarmıştır. Yalın sağlıkta deneyimsiz grupta yer alan katılımcılar deneyimli grupta yer alan katılımcılara göre yaklaşık iki kattan daha fazla *ekip içi iletişim* problemi bildirmişlerdir. Katılımcılardan yapılan alıntılardan bazılarına aşağıda yer verilmiştir.

“...Mesela bir şey oluyor asistana ulaşamıyorsun. Ya kötü bir şey olsa. Herkes çok rahat...”
Deneyimsiz\K24, Hem.

“...Şimdi bu kişilere (destek personeli) ne kadar yakın davranırsak ve içimize alırsak ayrı problem yaşıyoruz çünkü o sınırı koyamadığımız zaman iş abi ablaya döndüğünde problem yaşamaya başlıyoruz ama ne kadar olayın dışında tutarsak da bu defa da ekip bilincini veremiyoruz yine aynı sıkıntıyı yaşıyoruz...” Deneyimli\K14, Ort.

“...Bir de arada ne kadar çok insan varsa bir sorun size o kadar farklı şekilde değişerek gelebiliyor yani. Aslında sorumlu farklı bir şey iletiyor size en son o ona söylüyor, o ona söylüyor en son bana geldiğinde bambaşka bir şey çıkıyor ama staffı çağırıp konuştuğumda ben öyle bir şey söylemedim diyor. Tamamen farklı bir şey çıkabiliyor...” Deneyimli\K1, Üst

“...WhatsApp grupları var. Birim sorumluları diye mesela. Size telefonla ulaşmıyor ama oradan gecenin 11'inde birimlerinize bildirin diye mesela... Benim sorumlulukta en rahatsız olduğum şeylerden bu. Gece 22'den sonra gruplarda bile mesajlaşmanın uygun olmadığını düşünüyorum.” Deneyimsiz\K31, Alt

- **Hekim ve diğer personel kaynaklı**

Katılımcılar, hekim kaynaklı gördükleri problemleri; hekimlerin hata yapması, işlerini eksik yapmaları, alanda yer almamaları olarak bildirmişlerdir. Ayrıca bu problemleri ortadan kaldırmak için hemşirelerin bir dizi hekim görevini üstlendikleri yani görev dışı çalıştıkları

anlaşılmaktadır. Bu kodda YS’de deneyimli ve deneyimsiz grup eşit sayıda bildirimde bulunmuştur. Bazı katılımcıların görüşleri alıntılar şeklinde aşağıda belirtilmiştir.

“...Bazen yoğun bakımlarda hekim olmayınca hemşireler order yapmak zorunda kalıyor, order girmek sistemden yazmak değil. Çünkü sistemden order girmezse ilacı alamayacak mecburen hekim yerine kendisi giriyor...” Deneyimsiz\E21, Alt

“...Başka şey de olur genelde yoğun bakımlarda çok olur doktorun işini çok yaparsın. Mesela kan gazı almak gibi...” Deneyimsiz\K33, Hem.

“...Bir teknik servisin bir vidayı bir hafta takmaması bile bizim için her şeyin, motivasyonun (düşünüyor) kaynağı...” Deneyimsiz\K19, Hem.

- **Hasta güvenliği**

Katılımcılar sahada hasta güvenliğini riske sokacak ilaç uygulama ve order hataları, yanlış hasta seçimi gibi çeşitli risklerin yaşandığını belirtmişlerdir. Yalın sağlıkta deneyimsiz grupta yer alan katılımcılar deneyimli grupta yer alan katılımcılara göre yaklaşık üç kat daha fazla *hasta güvenliği* problemi bildirmişlerdir. Katılımcılar bu hataların nedenlerini, fazla mesaiye, hekim kaynaklı süreçlere bağlamaktadır.

“...Bir sorun oldu mesela; ameliyathaneye yanlış bir hasta indirdik. Bir ay önce...” Deneyimli\K1, Üst

“...Zaten yoğun bakımlarda o kadar çok yoğun çalışılmamalı diye düşünüyorum. Hastadan dikkatten gözden kaçırmamanız için. Art arda nöbetler olmamalı. Bu hasta güvenliği açısından da sıkıntı yaratır...” Deneyimsiz\K35, Alt

“...Dediğim gibi hekim orderları düzenli olarak yazılmıyor her defasında kontrol etmemiz gerekiyor. Hekim dozunu yanlış yazıyor biz fark etmezsek uygulamış oluyoruz, onları uyarmakla veya unutmış oluyor veya silmeyi unutmış oluyor. Mesela vizit sırasında bugün bu ilacı vermeyelim diyor ama girmiş oluyor, sildirmek zorunda kalıyoruz tekrar giriyoruz...” Deneyimli\K7, Alt

- **Eksik veya düzensiz iş**

Katılımcılara göre hemşireler ve diğer personellerden hatta yönetimden kaynaklı çeşitli eksik ve düzensiz işler yapılmaktadır. Bir üst düzey yönetici de kendisi takip etmedikçe kimsenin zamanında işini bitirmediğini dile getirmiştir. Yalın sağlıkta deneyimsiz grupta yer alan katılımcılar deneyimli grupta yer alan katılımcılara göre yaklaşık iki kat daha fazla *görev dışı çalışma* bildirmişlerdir. Katılımcıların ifadelerinden elde edilen alıntılarının bazılarını aşağıda yer verilmiştir.

“...Yönetimsel diye düşünüyorum. Tutanakla alıyorum, sonra depoma atıyorlar. Sonra düşemiyorum ben onu fazla düşmek zorunda kalıyorum... Ya stok takibi yok ya da devlet malzeme ofisinden istenecek malzemeler geç isteniyor, geç talep ediliyor, yani bilmiyorum yani...” Deneyimsiz\K22, Alt

“...Eğer sen de takip etmezsen kesinlikle kimse zamanında işini bitirmiyor. Her şeyi kaydediyorum, kayıtları paylaşıyorum ilgililerle ve mutlaka da takip ediyorum...” Deneyimli\K1, Üst

“...Şimdi şöyle söyleyeyim bence yani bana göre en büyük yapılan yanlışlardan birisi biz bir işi yapıyoruz ama bunun kaydını tutmuyoruz. Yani bu en büyük çünkü bize kanıt ileride bir eksikle ya da bir yanlışta ama ben bunu yapmıştım diye. Benim en çok, sık gözlemlediğim hemşireler hiçbir şeyi kayıt altına almıyorlar. Evet o işi layıkıyla yapıyor ama onu kâğıda dökemiyor, o zaman da var olamıyoruz, yani biz yaptık ama bu kaldı burada hani onun devamını getiremiyoruz...” Deneyimsiz\K30, Hem.

- **Sağlık problemleri**

Katılımcılar tarafından sağlık problemlerinin iş yükünü artırdığı, izin planlamalarını bozduğu, yarattığı personel yetersizliğine çözüm olarak birim ya da çalışma düzeninde değişikliklere gidildiği aktarılmıştır. Bu kodda YS’de deneyimli ve deneyimsiz grup eşit sayıda bildirimde bulunmuştur. Katılımcının biri mesleki hastalıklardan karpal tüneli iletmıştır.

“...Örnek vereyim ben bir cerrahi servisteyim, organ naklinden biri rapor aldı ee, bu idare etsin. Genel cerrahi çok yoğun, elemanı eksik, oraya gitsin elemanın. Müsait. Oraya gitsin. Bu olmamalı...” Deneyimsiz\K22, Alt

“...Bir tane yardımcım dedim ya arkadaşın karpal tüneli var, raporu var. Elleri uyuşuyor, bu bizim zaten meslek hastalığı. Çünkü bizim set takma olayı var. Sinir zedelenmesi. Bir raporu olanlar gündüz çalışıyor...” Deneyimli\K17, Ort.

“...Bizde çok var. Raporlu olan da çok, sağlık problemi çok. Bir insan sağlık probleminden sonra rapor aldıktan sonra hastanede bana nöbet tutamayacağım bir yer verin demek onun o kadroyu dolduran kişinin buradaki arkadaşlara iş yükü olarak dönüyor...” Deneyimsiz\K35, Alt

“...Mesela sabah biri geldi. Babam özlemiş beni ve ben yanına gitmek istiyorum haftaya cuma dedi. Kesinlikle gitsin tabii ama haftaya cumaya ne olacağımızın hiçbir fikrim yok. Bugün üç kişi (sağlık çalışanlarını kastediyor) COVID, yarın beş mi olacak hiçbir fikrim yok. Dedim tabii çok isterim ben ailenin yanına git ama perşembe konuşalım. Tabii her ikisini yönetmek zor oluyor...” Deneyimli\K14, Ort.

- **Mesleki gelişim**

Katılımcılar, meslektaşlarının kendilerini geliştirmemelerine neden olarak; geleneksel davranma, çabalamama, yeniliğe açık olmama gibi ifadelerde bulunmuşlardır. Yalın sağlıkta deneyimsiz grupta yer alan katılımcılar deneyimli grupta yer alan katılımcılara göre dört kat daha fazla *mesleki gelişim* problemi bildirmişlerdir. Katılımcıların görüşleri alıntılar şeklinde aşağıda belirtilmiştir.

“...Doktorlara bakıyorum çatır çatır çalışma yapıyorlar yani. Onlar da özveriyle yapıyorlar bunu, onların da evinde bekleyen insanlar var aslında. Tembellik ediyoruz biz toplumsal roller falan değil tembellik yani bizinkisi. Çünkü mesleği öyle adanmış bir şey yok ya da işte hemşirelik kongrelerine giderken kim gidiyor akademik ekip gidiyor hemşirelik. Alandaki hemşirenin kaç tanesi gidiyor, binde bir gidiyor ya da çalışma yaparak mı gidiyor. Desteklenmiyor zaten, maddi anlamda da desteklemiyoruz da ama en azından çalışma yaparsak belki o kongreler işte çalışma karşılığında işte kayıt ücretini azaltabilirler düşürebilirler ki bunlar oluyor. Ya dediğim gibi o kadar uzağız yani kongre tarifelerinden, şeylerinden çok uzağız. Bunu sadece akademik kısım ilgileniyor...” Deneyimsiz\K27, Hem.

“...Yirmi yıllık yoğun bakım hemşiresi mesela, hepimizi cebinden çıkartabilir fakat teorik açıdan kendini geliştirmemiş, anam babam usulü devam ediyor. Yoğun bakım hemşireliğini birilerinden öğrenmiş devam ediyor...” Deneyimsiz\K37, Alt

- **İş gücü niteliği**

Katılımcılar, hemşirelerde iş gücünün niteliğinin kötü olmasının sebebini lisans eğitiminin olumsuz bir çıktısı olarak görmektedirler. Yalın sağlıkta deneyimli grupta yer alan katılımcılar deneyimsiz grupta yer alan katılımcılara göre daha fazla bildirimde bulunmuşlardır. Bir katılımcı ise idari alanlarda da alana özgü eğitimi olmayan kişilerin çalıştırılmasına örnek vermiştir.

“...Şöyle söyleyeyim, okuldaki eğitimin eksiklikleri çok fazla. Ben şu okul mezunuyum diye geliyor ama insan vücudunda bir şey sorduğunda (masaya tıklatıyor) masa kadar hiçbir şeye cevap vermeyen bir nesil...” Deneyimli\K2, Hem.

“...Mesela ben COVID’te çok yaşadım bunu COVID’te hasta kötüleşiyor Mavi Kod veriyorlar ama orada çalışan arkadaşın hiçbir bilgisi yok. Bunu yaşadım ben. Temel yaşam desteğini yapamıyor yani defibrilatörü çalıştıramıyor. Bunları gördük biz maalesef, tanınması için gözlemlenmesi için böyle bir yerden (yoğun bakımlar gibi) geçmesi gerekir diye düşünüyorum...” Deneyimsiz\K29, Ort.

- **Tükenmişlik**

Katılımcılar alanlarda tükenmişliğin çok olduğunu belirtmektedirler. Tükenmişliğin etkilerinin hastalara da yansıdığı söylenmektedir. Katılımcılar, istenilmeyen yerde çalışma, çok yıllık deneyim, pandemi süreci, hastalarla profesyonelliği koruyamama gibi gerekçeler sunmuşlardır. Yalın sağlıkta deneyimsiz grupta yer alan katılımcılar deneyimli grupta yer alan katılımcılara göre dört kat daha fazla tükenmişlik problemi bildirmişlerdir.

“...Bizim arkadaşlardan da yani anladığım kadarıyla böyle artık 30 yıl çalışmış ama hani tükenmiş, yönetemeyenler var diyeyim hani...” Deneyimsiz\K33, Hem.

“...Şöyle bir şey de var bir tükenmişlik sendromu da var tabii ki iki yıldan beri pandemi süreci var o da çok etkilemiş olabilir...” Deneyimsiz\K34, Hem.

“...duygusal tükenmişlik yani bizim duygusal emek dediğimiz bir kavram da var. Onun da aslında belki minimize edilmesi. Çünkü tükenme oranları çok çok fazla...” Deneyimsiz\K38, Alt

“...Yani evet burada meslek yapıyoruz paramızı kazanmak için bu mesleği yapıyoruz ama yani aynı zamanda da bir orada bireye hizmet veriyoruz yani böyle vicdanlı olan yok mu tabii ki var çok güzel çalışan, gittiğimiz zaman gerçekten iletişimini beğendiğimiz insanlar var ama genel anlamda bu tükenmişlikle de birlikte böyle bir hani hastayı birazcık es geçtiğimiz oluyor bence...” Deneyimsiz\K27, Kli

“...Şöyle olabilir hastaları çok fazla hani samimiyet dediğim gibi samimi olduğum için onlar da beni hani 7/24 arama gereği duyuyorlar. Bu bazen beni çok tüketiyor, itiraf ediyorum ama kıyamıyorsunuz da yani...” Deneyimli\K17, Ort

- **Kuşaklar arası farklar**

Katılımcılardan mesleki deneyimi fazla olanların, kendilerinden alt kuşak hemşireleri olumsuz özellikleriyle değerlendirdikleri belirlenmiştir. Katılımcıların kendilerinden sonraki kuşaktaki hemşirelere yönelik ifadelerinde, çalışmayı sevmedikleri, kuruma bağlılıklarının zayıf olması gibi eleştirilerin yer aldığı belirlenmiştir. Yalın sağlıkta deneyimli grupta yer alan katılımcılar deneyimsiz grupta yer alan katılımcılara göre daha fazla bildirimde bulunmuşlardır. Katılımcıların ifadelerinden görüşlerinden bazı alıntılara aşağıda yer verilmektedir.

“...Yeni mezunların kuşak farkı olması. Yani ben eskiden kamuda 25 yıl aynı birimde çalıştım. Belli koşullar olur, anlamlı olur bölüm değiştirirsiniz ama çok sık değişim var. Hem bölüm olarak hem genel olarak. Ekonomik koşullar ön faktörlerden bir tanesi tabii ki. Ufak tefek farklılıklar bile çalışanın kurum değiştirmesine sebep oluyor. Çalışanın bağlılığını, sadakatini sağlamak çok zor...” Deneyimli\K3, Ort.

“...Şimdiki hastaların şanslı olduğunu düşünüyorum. Bizler ona elimizden geldiğinin en iyi şekliyle bakıyoruz ama yeni gelen nesil daha gamsız daha large...” Deneyimsiz\K35, Alt

- **Hastayla iletişim**

Katılımcılar, hemşire-hasta arasındaki iletişimde yetersiz olduklarını ifade etmiş, bu konuda kendilerine yönelik olarak hastayla iletişime yeterince önem vermeme, profesyonel dil kullanamama gibi özeleştiriler getirmişlerdir. Hastayla iletişim problemine yönelik tüm bildirimler YS’de deneyimsiz gruptan gelmiştir. Bir katılımcı fazla iş yükünün verdiği tükenmişliğin hastayla olan iletişime de olumsuz yansıdığını aktarmıştır.

“...Bu sefer ne oluyor adam oturup bir çay kahve içemediği zaman motivasyon direkt düşüyor. Doğal olarak bu hastaya bakış açısına yansıyor, kinleniyorsunuz yani insanız biz de maalesef ya da oradan hasta gelip bir şey istediği zaman yeni oturan bir hemşire hiç de mola vermediyse iyice irrite oluyor. Mesleğine yansıyor, hastaya davranışına yansıyor, ters en başta dedim ya işte kötü iletişim kurmamıza sebep oluyor işte...” Deneyimsiz\K27, Kli

“...Onun haricinde bizim iletişim eksikliklerimiz çok fazla ve biz bunu aslında şeye sığdırıyoruz, bizim iş yükümüz çok fazla işte ben insanlara bunu dert anlatamam ama sonuçta karşımızdaki hasta. Bizim bu iletişim kopukluğumuzu, iletişim eksikliğimizi bir yerden kaldırmamız gerekiyor...” Deneyimsiz\K30, Hem.

4.1.2. Yönetmel

Bu alt tema altında yedi kod oluşturulmuş olup, bu kodlar temsil gücü en yüksekten en düşüğe göre sıralandığında Personel Yetersizliği kodunun en yüksek, Yasal Düzenlemeler kodunun ise en düşük temsil gücüne sahip olduğu saptanmıştır (Şekil 4.2).

- **Personel yetersizliği**

Katılımcıların daha çok hemşire yetersizliği odaklı ifadelerinin olduğu ve bunu büyük bir problem olarak benimsedikleri saptanmıştır. Bazı katılımcılar destek personeli ve sekreter eksikliğinin de yarattığı sıkıntılardan bahsetmişlerdir. Katılımcılar personel yetersizliğinin etkilerini; iş yükünün artması, görev dışı işler üstlenmeleri, birim değişiklikleri olması, bu süreçlerin hastaya yansması gibi bölümlerin kapasite azaltmasından kapanmasına kadar giden hizmet verememe gibi durumlarla örneklendirmişlerdir. Yalın sağıkta deneyimsiz grupta yer alan katılımcılar deneyimli grupta yer alan katılımcılara göre iki kattan daha fazla *personel yetersizliği* problemi bildirmişlerdir. Katılımcıların iletği görüşlerden oluşan alıntılardan bazılarına aşağıda yer verilmiştir.

“...az sayıda hemşire çalışıyorsa daha fazla gidip gelmesi gerekiyor. Daha çok koşturması gerekiyor...” Deneyimsiz\K18, Üst

“...Personel eksikliği. Bir bölümde personel eksikliği olduğu zaman buradan oraya takviye yapıldığı zaman bu taraftaki hemşire çok çalışıyor bu da onları demoralize ediyor. Onun dışında yürümeyen bir şeyimiz yok. Bu hastanede birçok şeyi oturttuk...” Deneyimli\K8, Alt

“...sekreter keza kesinlikle artırmalı. Bazı şeylerde cevap veremeyebiliyorsun. Hasta sinirleniyor sonra kendim de düşünüyorum ben de olsam aynısını yaparım diye...” Deneyimsiz\K22, Alt

“...Dışarıda çok görüşemiyoruz açıkçası ekip olarak. Çünkü birisi nöbetten çıkmış oluyor, biraz az sayıda çalışıyoruz. Keşke mesela nöbetleri ikileyebilsek. Bu herkesin derdi biliyorum ama buna çok müdahale edemiyoruz...” Deneyimsiz\K25, Alt

- **İş yükü**

Katılımcıların iş yüklerini; tedavilerin fazlalığı, kalite süreçleri, hasta dosyaları, hasta ve hasta yakınlarının her türlü taleplerine cevap vermek, personel eksikliğinin çıktıları olarak tanımladıkları saptanmıştır. Yalın sağlıkta deneyimsiz grupta yer alan katılımcılar deneyimli grupta yer alan katılımcılara göre iki kattan daha fazla iş yükü problemi bildirmişlerdir. Katılımcıların iletği görüşlerden oluşan alıntılardan bazılarına aşağıda yer verilmiştir.

“...Şimdi şöyle söyleyeyim. Hemşirelerin aslında birinci görevi hasta bakımı ama hemşirelerin iş yükü o kadar fazla ki yapmaması gereken bir sürü işi yaptığı için hasta bakımına yeterli vakti ayıramıyor bana göre. Hem gözlem hem yaşadığımız olaylar hem geçmişten hem şimdiki...” Deneyimli\K2, Hem.

“...Evrak işleri ve kâğıt işleri. Yani zaman açısından. Öyle bir nokta geliyor ki hani mesela hastanede bunlar da gerekli, kesinlikle gereksiz demiyorum ama kalite denetimlerinde ya da yapılan denetlemelerde hani senin hastayı bakımın değil de dosyasındaki evrak işin, evrakların tam olsun, noktasından virgüline kadar her şey eksik olmasın yani tam olması gerekiyor, eksik olmaması lazım. Bence o evrak işi ekstra hemşireye bir yük yapıyor...” Deneyimsiz\K32, Hem.

“...personel eksikliğine bağlı iş yükünün artmasından dolayı çıkan problemler, çünkü hem zamanla yarışıyor hem malzeme yetiştirmek zorunda, hizmetin devamını sağlamak zorunda ama onun da bir kapasitesi var yani...” Deneyimli\K13, Ort.

- **Birim değişiklikleri**

Birim değişiklikleri konusunda katılımcılar genel olarak; motivasyonu düşürdüğü, ayrılma isteğini artırdığı, verimliliği azalttığı, profesyonel bir anlayış olmadığı yönünde olumsuz ifadeler aktarmışlardır. Yalın sağlıkta deneyimsiz grupta yer alan katılımcılar deneyimli grupta yer alan katılımcılara göre iki kattan daha fazla *birim değişiklikleri* problemi bildirmişlerdir.

“...Bir hemşire on yer değiştirmez, çocuklar bu konuda haklı. Bir polis on yerde çalışmıyor anca tayin olursa başka yere gidiyor. Bizde her yere bakıyor. Düşün yoğun bakıma giriyor, sonra birden servise gidiyor sonra başka servise gidiyor. Hemşire olsun çalışsın hesabı yapmak yöneticilik değil. İnsanların da hakkına girmiş oluruz...” Deneyimsiz\E21, Alt

“...Kliniklere verilen hemşirelerin tecrübelerine göre seçilmesi de önemli. Mesela kısa sürelerde kısa rotasyonlar oluyor. Orada bence verimsizlik hani orada bence bayağı bir verimsizlik oluyor. O büyük bir sıkıntı. Hani bayramda beni mesela Kadın Doğum’a verdiler yani. Ben hayatım boyunca kadın doğumda çalışmadım. Hani daha böyle (tecrübenin olduğu) onkoloji ya da işte başka bir yer. Yani ona (tecrübeye göre) bakılarak. Mesela Kadın Doğum çok ayrı bir dünya. Mesela ben onu gözlemledim yani. Burada o düzen yok...” Deneyimsiz\K24, Kli

“...Verimli şöyle... Bir yere adapte oluyorsunuz sonra rotasyon olayı sıkıntı. Sadece bu şey. Nerede eksik varsa oraya tampon olmak hiç profesyonelce bir şey değil...” Deneyimsiz\K24, Kli

- **Devir hızı**

Devir hızıyla ilgili paylaşımların daha çok özel hastanede çalışan katılımcılardan gelmiş olup, katılımcılar devir hızına sebep olarak baskıcı yönetim anlayışını, yetersiz ücreti, kamuya geçişleri sıralamışlardır. Bir alt düzey yönetici, devir hızı kaynaklı çalışma listesini defalarca yapmak zorunda kaldığını ve en çok zamanını alan işin çalışma listesi yapmak olduğunu dile getirmiştir. Yalın sağlıkta deneyimli grupta yer alan katılımcılar deneyimsiz grupta yer alan katılımcılara göre sekiz kattan daha fazla *devir hızı* problemi bildirmişlerdir.

“...Sonuçta baktığınızda kimsiniz, hemşirelik hizmetleri müdürüsünüz. Üst düzey yetkilisiniz. Sizin her dediğiniz yapılır mı evet yapılır. Yapacaksınız dediniz mi yapılır ama bu yönetim tarzıyla da yönetilebilir mi yönetilebilir ama ne kadar süre yönetilebilir, insanları ne kadar süre siz orada tutabilirsiniz, çok uzun süre sizinle çalışmazlar. Sürekli bir sirkülasyonunuz olur, devir hızınız yüksek olur...” Deneyimli\K1, Üst

“...Evet özel hastanelerde sirkülasyon çok fazla. Yüzde olarak da öyle görünüyor. Bu sadece bizim hastanede değil, bütün özellerde böyle. Bir kere kamuyla özelin arasında ücret politikası arasında çok dengesiz bir şey var...” Deneyimli\K2, Kli

“...Liste yapmak çok zaman alıyor. 1,5-2 saatimi alıyor. Yeri geliyor yedi kişi, yeri geliyor üç kişilik. Sallantıda, tam rakamım olmadığı için zorluyor. Mesela 15 kere liste yaptığımı biliyorum. Rotasyon çok oluyor (devir hızından bahsediyor). Giriş çıkışlar, istifalar. Onun dışında çok zamanımı alan bir şey yok yöneticilik açısından...” Deneyimli\K7, Alt

- **Ücret yönetimi**

Katılımcılar ücret konusunda çeşitli adaletsizlikler yaşadıklarını belirtmektedirler. Maaşlarını yaptıkları kıyaslamada genel olarak yetersiz bulduklarını söylemektedirler. Bir katılımcı kamu ile özel arasındaki ücret farkının çok olmasına değinmiştir. Yalın sağlıkta deneyimsiz grupta yer alan katılımcılar deneyimli grupta yer alan katılımcılara göre iki kattan daha fazla ücret yönetimi problemi bildirmişlerdir.

“...Bir kere kamuyla özelin arasında ücret politikası arasında çok dengesiz bir şey var...” Deneyimli\K2, Kli

“...Ekonomik koşullar ön faktörlerden bir tanesi tabii ki. Ufak tefek farklılıklar bile çalışanın kurum değiştirmesine sebep oluyor...” Deneyimli\K3, Ort

- **Otonomi**

Katılımcıların, hemşirelik hizmetlerinin başhekimliğe bağlı olması ve kendileriyle ilgili süreçlerde yeterince bağımsız hareket edemediklerinden rahatsız oldukları saptanmıştır. Genel olarak katılımcılar, hemşirelerin kendi karar verme mekanizmasının olması gerektiğini aktarmışlardır. Yalın sağlıkta deneyimsiz grupta yer alan katılımcılar deneyimli grupta yer alan katılımcılara göre üç kat daha fazla otonomi problemi bildirmişlerdir.

“...Evet, olmamalı (başhemşireliğin başhekimliğe bağlı olmaması gerektiğini kastetmektedir). Çünkü o da bir meslek niye biz varken niye ikinci bir kişinin altında çalışalım. Süregelen bir şey zaten hekimlerin altında bizi görüyorlar her zaman için. Aslında yönetimde de bu var hani. Biz onların altında olmamalıyız çünkü biz de kendi başımıza bir mesleğimiz zaten. Bizim de bir sorumlumuz var, ikinci bir... Başhekime gerek yok yani...” Deneyimsiz\K30, Hem.

“...Bir kere hemşirelik kendi karar verme mekanizmasının olması gerekiyor. Maalesef bu yok. Yani evet hiyerarşik olarak başhekimliğe bağlıyız, işte rektörlüğe bağlısınız üniversitelerde. Almanya'da departman vardı benim gittiğim alanda departman vardı. Departmanın bir sorumlusu vardı ve hemşireler orada gerçekten çok hani özgürdüler. Herkesin standardı vardı. Kimse kimsenin alanına karışmaz, herkes işini bilirdi. Hekim kendi işini hemşireye vermeye çalışmazdı. Hemşire kendi işini bilirdi, kendi işini yapardı. Türkiye’de öyle değil. Birçok noktada birçok şey hemşirelikle yürüyor...” Deneyimli\K4, Üst

- **Yasal düzenlemeler**

Katılımcılar, yasal düzenlemelerin kendilerini korumadığını, eğitimsel reformların çözüm getirmediğini düşündüklerini ifade etmektedir. Orta düzey yöneticilik yapan bir katılımcı eski kurumunda bir bilgisayar mühendisinin başhemşirelik yaptığını, bunun kabul edilemez bir yasal problem olduğunu iletmiştir. Yalın sağlıkta deneyimli grupta yer alan katılımcılar deneyimsiz grupta yer alan katılımcılara göre üç kat daha fazla yasal düzenlemeler problemi bildirmişlerdir. Katılımcıların konuya ilişkin görüşleri alıntılarla aşağıda paylaşılmıştır.

“...Başhemşiremiz başhekimimize bağlı tabii ki de. Doktorlarımız başhekimlerimize, yardımcılara bağlı. Dört yıllık üniversite mezunu diyor ki biz bunu yaşadık biliyor musunuz eski hastanede başhemşiremiz o zaman, ben hep başhemşiremiz diyorum çünkü dört yıllık üniversite (herhangi bir bölümden) mezunu olan birinin başhemşire olmasını hiçbirimiz kabul edemeyiz (Katılımcı burada 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile tanımlanan Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü pozisyonunu kastetmektedir). Yani insanlar bilgisayar mühendisiydi kişi vekaleten başhemşiremizin yerine baktı. Bakım bilmez, hemşirenin çalışma şartlarını koşullarını bilmez. Bir biriminde başhemşire olabilmek için ben size bir şu kadar... Gerçekten çalışmak lazım yani acilde, yoğun bakımda, servislerde. Bire bir insanın içine girip bire bir çalışması lazım... Ben öyle düşünüyorum yani. Yasada da dediğiniz gibi dört yıllık üniversite mezunu olmasını kesinlikle kabul edemiyorum ben...” Deneyimsiz\K40, Ort.

“...Ana temeli alıyorsunuz hemşirelik eğitiminde dört yıllık üniversite de olsa yüksek lisans da yapsanız hiç çalışmadan alanda, ana temel eğitimi alıyorsunuz ama üzerine siz koyuyorsunuz çalışırken. Bir de yüksek lisans yapsan bile kadın doğumu yüksek lisans yapsan bile, kadın doğumda çalıştırmak zorundalar seni diye bir şey yok. Orada kadrosu tamdır adam seni başka yere. Kanunda öyle bir şey yok şu an. Hekim gibi değil bu, o yüzden her yerde çalıştırılabilirsin...” Deneyimli\K15, Ort.

4.1.3. Malzeme/Makine

Bu alt tema altında katılımcılardan gelen bildirimlere göre malzeme, cihaz ve ilaç eksiklikleri en temel düzeyde işleyiş problemlerine yol açmaktadır. Bir katılımcı malzeme eksikliğinin çok yaşanmasından dolayı israfının da mümkün olmadığını dile getirmektedir. Yalın sağlıkta deneyimsiz grupta yer alan katılımcılar deneyimli grupta yer alan katılımcılara göre sekiz kattan daha fazla malzeme/makine problemi bildirmişlerdir. Katılımcılardan gelen görüşlerden bazıları aşağıda yer almaktadır.

“...Bizim hastanemizde hem malzeme israfı olsun hem de personelin israfı olsun bence en minimumda. Niye dersiniz zaten malzeme eksiklerimiz var. İlk zamanlar maskede biraz sıkıntı olmuş zaten ülkede sıkıntı vardı ama şu an mesela onlarla ilgili sıkıntımız yok çok rahat ulaşabiliyoruz. Ama dediğim gibi özellikle malzemelerde elimizde olmadığı için zaten israf edemiyoruz...” Deneyimsiz\E21, Alt

“...Bu konuda bizim mesela tansiyon aleti de iki tane ama pulsemetre bir tane, bir tane de kötü bir ateş ölçerimiz var. İki hemşire var, iki vital takımı. Bunların tam takım olması gerekiyor ki adım sayısı azalsın. Bunları tedavi arabasının üstüne koyacak ve baştan başlayacak, takip ve tedavisini aynı anda bitirecek. Yani bunlar (malzemeler) artırılabilir...” Deneyimsiz\K23, Alt

“...Malzeme eksiklikleri bence hastanenin öngörememesinden veya zamanında malzeme alınmamasından kaynaklanıyor...” Deneyimsiz\K25, Alt

“...Her şeyi bilgisayar ortamına aktaracak bir pilot çalışmaya geçtik ama diyorlar ki bize bilgisayarı aktaralım her şeyi ama bilgisayar almayalım. Nasıl olacak dedim yani bu. Öyle bir şey mümkün değil dedim. Benim o gün katta üç hemşirem çalışıyorsa üç tane şeyimin tabletimin olması gerek elimde...” Deneyimli\K1, Üst

“...Onun dışında e tabi böyle servis içinde yaşanan aksaklıklar, malzeme eksiklikleri bunların hepsinin bize dönüşü oluyor, bize bildiriliyor, yoruyor. Bazen ufacık bir malzeme enjektör, branül, enjektör olmadan bir şey yapılması mümkün değil. Benim bir şekilde bir çözüm bulmam lazım...” Deneyimsiz\K29, Ort

4.1.4. Çevresel

Bu alt tema altında herhangi bir kod oluşturulmamış olup katılımcılar hastanenin fiziksel koşulları bağlamında mimari açıdan kötü planlamadan kaynaklı çeşitli problemler yaşadıklarını belirtmişlerdir. Bunlar arasında alanı iyi kullanmama, yetersiz oda ve şartlara ilişkin ifadelerde bulunmuşlardır. Yalın sağlıkta deneyimsiz grupta yer alan katılımcılar deneyimli grupta yer alan katılımcılara göre dört kattan daha fazla *çevresel* problem bildirmişlerdir. Katılımcı ifadelerinden alıntılara aşağıda yer verilmiştir.

“...Fiziksel koşullar o da bence çok önemli. Ya genel söyleyeyim bunu; mesela ben onkoloji polikliniğinde çalıştım. Nasıl diyeyim size günde 20 bin adım atıyorduk biz. Çünkü o kadar bağımsızdı ki odalar birbirine. Hani fiziki koşullar. Mesela hasta konforunu düşünerek yapılmış ama hasta konforu düşünülerek yapılmış ama hasta konforu demek odaların genişliği ya da işte odada bir şey olması tek kişilik olması tamam hani odaların tek olması önemli ama mesela odaların birbirinden bağımsız olması, hemşire deskine uzak olması. Hani ciddi hemşire yükünü artırıyor mesela. Büyük hastanelerde bence bu çok önemli...” Deneyimsiz\K24, Hem.

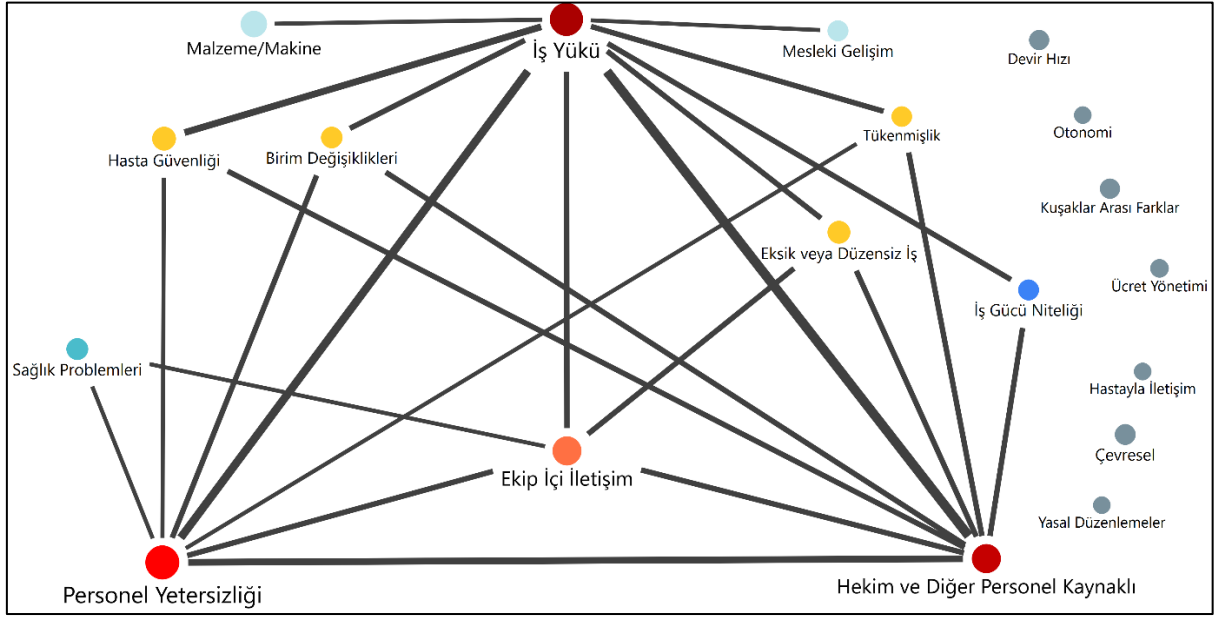
“...Mesela bu bina yapılırken hiçbir sağlıkçının bir fikrinin alındığını düşünmüyorum. Ödüllü bir binaymış ama ben olsam vermezdim böyle bir binaya ödül... Biz burası inşaatken de gelmişim ben. O zaman anlayamamıştım. Çok büyük geldi gözüme, şimdi de çok büyük. Aynı yatak kapasitesiyle geldik biz. Eski bir hastaneden buraya taşındık. Yatak kapasitesi hemen hemen hastane olarak aynıydı herhalde, 50 falan mı arttı acaba. Şimdi bu hastaneye yine sığmıyoruz. Hastane büyük ama sığmıyoruz yani, yetmiyor. Ölü alanlar var mesela. Yoğun bakım yapmışsın yoğun bakımlara depo alanı yapmamışsın. Sarf malzeme koyabileceğim, temizlik malzemesi koyabileceğim yer yapmamışsın...” Deneyimsiz\K35, Alt

“...Servislerde alanlarımız çok büyük. Çok geniş alanlarımız var. Hemşire arkadaşların ya da hasta bakımda çalışan arkadaşlarımızın oradaki israfı da çok fazla. Atıyorum bir kilometre gideceği yere belki de iki kilometre gidiyor bu da gereksiz. Mesela eczane ama mecbur gitmek

zorunda hemşirenin gittiği zaten sadece narkotik ilaçlar var. Ona mecburen gitmek zorunda bir hemşirenin alması gerekiyor...” Deneyimsiz\K29, Ort.

4.1.5. Problemler Ana Temasında Yer Alan Kodların Birbirleri ile İlişkileri

Şekil 4-3’te problemler ana teması altındaki kodların birbirleri ile ilişkileri gösterilmektedir. İlişki haritasındaki çizgilerin kalınlığı kodlar arası ilişkilerin sıklığını temsil etmektedir.

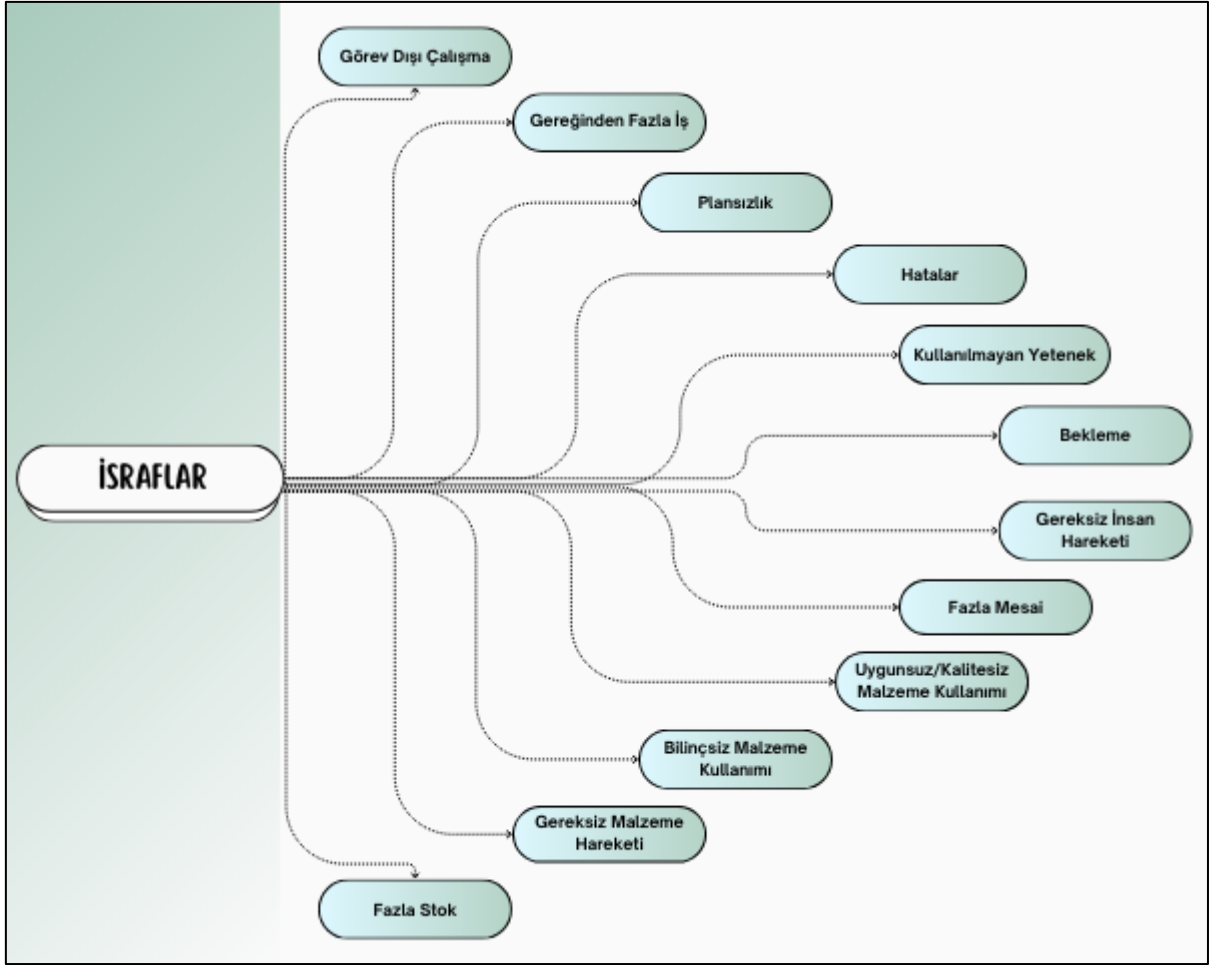


Şekil 4.3: Problemler ana temasındaki kodların birbirleriyle ilişkileri

Şekil 4.3 incelendiğinde en sıkı ilişki halinde bulunan kodların Yönetmel alt teması altında yer alan **iş yükü** ve **personel yetersizliği** kodları ile İnsani alt teması altında yer alan **hekim ve diğer personel kaynaklı** kodlarının yer aldığı görülmektedir. **Malzeme/Makine** alt temasının **iş yükü** kodu ile ilişkili olduğu, **Çevresel** alt temasının ise hiçbir kod ile yeterli düzeyde ilişkili olmadığı belirlendi. Ayrıca Yönetmel alt teması altında yer alan **devir hızı**, **ücret yönetimi**, **otonomi** ve **yasal düzenlemeler** kodları ile İnsani alt teması altında yer alan **kuşaklar arası farklar** ve **hastayla iletişim** kodlarının diğer kodlarla ilişkisinin yeterli düzeyde olmadığı saptandı.

4.2. İSRAFLAR ANA TEMASINA İLİŞKİN BULGULAR

Katılımcıların sahada yaşadıklarını belirttikleri israflar; 12 ayrı alt temada kodlanmıştır. Bu alt temalar Şekil 4.4’te sunulmuştur.



Şekil 4.4: İsraflar ana teması ve alt temaları

Şekilde yer alan alt temaların sıralaması temsil gücü en yüksekten en düşüğe göre sıralanmış olup, şekil incelendiğinde katılımcıların en fazla **Görev Dışı Çalışma**, en az **Fazla Stok** alt temasında bildirimlerinin olduğu bulunmuştur (Şekil 4.4).

4.2.1. Görev Dışı Çalışma

Hemşire ve yönetici hemşireler görev dışı çalışmaya ilişkin çok sayıda bildirimde bulunmuştur. Katılımcılar tarafından klinik işleyişte; hastadan onam alma, order verme ve order takip etme gibi hekim görevlerini üstlendikleri, yönetsel süreçlerde diğer personelden sorumlu olma, eczaneden ilaç alma, sekreteryaya işlerinden fatura girmeye kadar görev dışı çalışmalara yönelik örnekler verilmiştir. Katılımcılar, görev dışı çalışmalardan kaynaklı zaman kaybettiklerini ve kendi işlerini yapamadıklarını ifade etmişlerdir. Bir üst düzey yönetici, kamuda alan dışı çalışan hemşirelerin varlığından bahsetmiştir. Yalın sağlıkta deneyimsiz grupta yer alan katılımcılar deneyimli grupta yer alan katılımcılara göre yaklaşık iki kat daha fazla *görev dışı çalışma* bildirmişlerdir.

“...Hemşirelere daha çok zaman kaybettirecek olan uygulamalar kendi sorumluluğunda olmayan işler aslında, yani biz hemşirelik olarak bakım verme odaklı çalışmak istiyoruz fakat her iş bizim üstümüzde olduğu için sekreteryası da bizde doktorun angarya işleri de bizde. Sanırım hemşirelere en çok zaman kaybettiren uygulamalar bunlardan ibaret. Kendi yetki alanında olmayan sorumluluklar da hemşireye bindiği için bu iş yükü çok zaman kaybettiriyor. Deneyimsiz\K30, Hem.

“...Hani kamuda duyuyorum işte hemşireler depoda çalışıyor, insan kaynaklarında çalışıyor...” Deneyimli\K1, Üst

“...Önemsiz gördüğüm dosya direkt. Dosyalar, hekim orderlerinin kontrolü. Order yazmak istemiyoruz, sistemden giriliyor zaten sistemde var saatlendirilmesine tabi biz yapıyoruz. Bu konuda hemşirelik hizmetleri olarak o büyük adımı atamadık yoğun bakımlarda acaba nasıl olur tepkisi nasıl olur diye bekliyoruz yani...” Deneyimsiz\E21, Alt

“...Görevim olmayan çok şey var. Olmaz mı? Ben en son cerrahi onamları almaya başladım. Bakıyorum hasta gidiyor geliyor, gidiyor geliyor. Onam almak zorunda kalıyorum...” Deneyimsiz\K25, Alt

“...Bir kere bu fatura yükü bizde bu hemşire üzerine çok yıkılmış durumda. İşte hizmet girme, fatura girme. Yani hizmetin karşılığının hiçbirisi bizimle ilgili değil ama ısrarla fatura girme sorumlu hemşirelere veriliyor yani...” Deneyimsiz\K27, Kli

“...Şimdi hastanede; hemşire, hasta ve yaşlı bakım personelleri, temizlik personelleri bize bağlılar, öncelikle onlarla ilgileniyoruz...” Deneyimsiz\K29, Ort

“...Mesela eczaneden ilaç temini. Personel olmadığı için işte o an bir yeni yatış olur, eksik bir ilacımız var, o dönemde asıl, o an iki kişi nöbet tutuyoruz. Arkadaşım nöbete tek kalırken, hani gidip birimiz eczaneden ya da farklı bölümden o ilacı ya da gerekli malzemeyi temin etmeye çalışıyoruz...” Deneyimsiz\K32, Hem.

4.2.2. Gereğinden Fazla İş

Katılımcıların genellikle hem elektronik hem yazılı kayıt tutmaktan şikâyet ettiği ve çeşitli sorunlardan kaynaklı olarak tekrarlanan işlemler aktarmışlardır. Yalın sağlıkta deneyimsiz grupta yer alan katılımcılar deneyimli grupta yer alan katılımcılara göre yaklaşık iki kat daha fazla *gereğinden fazla iş* israfı bildirmişlerdir. Katılımcılardan gelen ifadelerden oluşan alıntılara aşağıda yer verilmiştir.

“...Doktor orderı sistem üzerinden giriliyor ya yazılı da yapıyoruz aynı şeyleri mesela. Döküm alıyoruz. Hem bilgisayarda hem çıktı alıyoruz. Biz almıyorduk mesela eski iş yerimde. Sadece sistem üzerinde onaylıyorduk. Hasta dosyası oluyordu. Her şey orada günlük görünüyordu. Ekstra bir şey olursa çıktı alıyorduk...” Deneyimsiz\K24, Hem.

“...eksik ilaç geliyordu bakıyorsunuz sonra doktor hanım buna tekrardan ilaç girmeniz gerekiyor lütfen yanına bu notu yazın hasta bu dozdan alıyor diye ki eczane versin...” Deneyimsiz\K26, Hem.

“...Malzeme çok önemli (kalitesi), insanın iş yükünü azaltıyor. Serviste güzel çalışan bir monitör olsa çünkü çok bebek hasta yatıyor tansiyon ölçümü çok zor oluyor manuelde çok zor duyuyorsunuz birkaç kere yapmanız gerekiyor...” Deneyimsiz\K26, Hem.

“...Çok fazla vaktimi alıyor. Çok fazla telefon aramalarım oluyor. 100’ü buluyordur yani çok fazla. Bir de gereksiz telefonlar da var bunun içinde, yani çok önemliler de var. Bu telefon trafikleri bu sefer benim aşağıdaki vizitimi etkiliyor, zamanımı etkiliyor. Olabiliyor yani gereksiz telefon trafikleri yüzünden ama olmasa da olmaz mutlaka...” Deneyimsiz\K28, Ort.

4.2.3. Plansızlık

Katılımcılar; insan kaynakları süreçleri, malzeme/ilaç yönetimi, iş süreçlerindeki plansız bazı işlerden örnekler vermiş ve plansızlığın zaman kaybına neden olduğunu belirtmişlerdir. Yalın sağlıkta deneyimsiz grupta yer alan katılımcılar deneyimli grupta yer alan katılımcılara göre yaklaşık iki kat daha fazla *plansızlık* israfı bildirmişlerdir.

“...Boş yatak var mı diyen yok. Herkes birbirine söz vermiş. Sizin çarşamba günü MR'ınızı çekeceğiz ama boş yatak var mı hiç kimse sorgulamıyor. En son işte ben gece hocayla konuşup sünnetlere yer ayarlıyorduk. Bizim servisimiz dolu, bu altı tane, dört sünneti... Çok plansız.

Plansız yatış ve birbirinden habersiz randevulaşma, yatış randevusu verme...”
Deneyimsiz\K25, Alt

“...Bir de gerçekten yapılan uygulamalarda şey de yok nasıl diyeyim standart yok. Herkes kendine göre davranıyor. Yani evet saat 10'da ilacı verilmesi gerekiyor hastanın mesela ama kimi farklı şekilde veriyor hastaya...” Deneyimsiz\K34, Hem.

“...Benim on tane hemşireye ihtiyacım var ama benim hemşire ihtiyacımın hepsi de yoğun bakımda. Ama bana gelen o on hemşire yoğun bakım alanında deneyimli gelmiyor. Sağlık Bakanlığında bu yok...” Deneyimsiz\K36, Ort.

4.2.4. Hatalar

Katılımcılar sahada hasta güvenliğini riske eden ciddi hatalar aktarmışlardır. Bu hataların; hekim, hemşire, personel kaynaklı olabildiği belirtilirken, ortaya çıkış noktasında dikkatsizlik, personel yetersizliğinin olmasından kaynaklı iş yükünün fazlalığı, kanıt temelli uygulamalara uymayan gelenekselci bakış ve kişinin istemediği bir alanda çalıştırılmasına tepkisel tutumu şeklinde örneklendirilmiştir. Bir orta düzey yönetici, hekim kaynaklı bir sorunu hemşirelere yüklemeyi tercih ederek gerçekleştirdiği bir hatadan fark ederek döndüğünü dile getirmiştir. Bu alt temada YS'de deneyimli ve deneyimsiz grup birbirine yakın bildirimde bulunmuştur.

“...Mesela bir kişi çalışmak istemediği bir yerde çalışıyor olabilir, onun yerinin değiştirilmesi de bu yapılan hataların veya eksikliklerin önlenmesi açısından önemli olabilir ki görüyoruz etrafımızda. Çalışmak istemediği yerde bilerek yanlış yapıyor, bilerek hata yapıyor ki beni buradan alsınlar başka bir yere çeksinler...” Deneyimsiz\K30, Hem.

“...Bazı hastalarda gereksiz vital takibi. Bazen öyle bir şey oluyor ki doktor orderı kopyala yapıştır yaptığı için hala günlük 8X1 kan şekeri takibini kopyala yapıştır yapıyor...”
Deneyimsiz\K27, Kli

“...Özellikle dikkatsizlik çok oluyor. Dikkatsizlik başımıza çok dert açıyor. Çünkü hepsinde damar yolu içi uygulanacak ilaçlar var, serum içinde verilecek ilaçlar var. Yanlış yerden yaparsa hastanın ölümüne kadar gidecek süreçler var...” Deneyimsiz\K20, Alt

“...Personel kaynaklı hatalar, profesyonel olmayan hareketler, personel eksikliğine bağlı iş yükünün artmasından dolayı çıkan problemler...” Deneyimli\K13, Ort

“...Bakımlar, bakım standartları değişti, ne bileyim kateterler değişti, saatleri değişti, pansumanların değiştirilme saatleri değişti ama yoğun bakımlarda gezdiğimizde ama mesela 48 saatte bir; kirli değilse pansuman 48 saatte bir açılır. İşte CVP kateter pansumanları vesaire. Bizde o her gün. Arkadaşlar açmayın her gün, her açmanız demek, orayı kontamine etme riski demek. Yani talimatlarda tabii ki yazıyor hani işte değiştirilme zamanı yazıyor 48 saatte bir kirlenmediyse pansuman değiştirilir ama işte yine yapıyorlar işte...” Deneyimsiz\K27, Hem.

“...Önce dedim ki neler geliyor onu bir çıkaralım bölüm sorumlu hemşirelerimiz hazırlasın size sonra dedim ki yine bir doktorun yapmadığı işi başka bir hemşireye yükledim aslında. Orada onu iptal ettim dedim ki aynı hatayı ben yapıyorum. Hepiniz doktorlarınızı uyarın klinikte hazırlasınlar ve hastalar öyle gelsin...” Deneyimli\K14, Ort.

4.2.5. Kullanılmayan Yetenek

Katılımcılar; deneyimlerine, uzmanlıklarına ve eğitim düzeylerine önem verilmediğini hatta hekimlerin bu konuda söz sahibi olması gibi yetenek israfına yol açan örneklerde bulunmuşlardır. Bu alt temada YS’de deneyimli ve deneyimsiz grup birbirine yakın bildirimde bulunmuştur. Bu örneklerle ilişkin konuşmalardan alıntılar aşağıda yer almaktadır.

“...Bence yönetim hani kesinlikle, bir hemşire kendi alanını seçtiyse, daha iyi hissettiği bir yer varsa ya da daha iyi olacağını düşündüğü bir alan varsa ona o fırsat verilmeli. Mesela kadın doğumda doktorasını yapıyor ameliyathanede bir hemşire. Kadın diyor ki, kadın doğumun ameliyathanesinde bile çalışmaya razıyım diyor ama oraya bile vermiyorlar. Onun o halini görünce üzülüyorum. Sonuçta hastanede doktorasını yapan bir o var bildiğim. Ona fırsat verilmeli...” Deneyimsiz\K23, Alt

“...Benim eğitim hayatımın ya da aldığım o eğitimin ya da verdiğim o zamanın karşılığı bu servise gelip de işte mesela sağlık meslek lisesinin altında çalışmak. Tabii ki başlarda çalışırsınız ama beş yıl sonra benim sorumlu olmak hakkım. O olmuyordu...” Deneyimsiz\K18, Üst

“...İnsan kaynağı açısından bakacak olursak da birçok kalifiye (nitelikli) personelin hak etmediği yerlerde çalıştığı. Bu da aynı zamanda tükenmişliği beraberinde getiriyor, motivasyonsuzluğu beraberinde getiriyor. Çok kalifiye bir personeli biz daha aşağılarda çalıştırarak, ondan istediğimiz verimi de alamıyoruz. Hani onun imkânını da kullanamamış oluyoruz. Bu da bir israf yani çalışanın israfı oluyor...” Deneyimsiz\K30, Hem.

4.2.6. Bekleme

Hemşirelerin ve hastaların beklediği örnekler incelendiğinde; personel yetersizliği, hekimin işini geciktirmesi veya yapmaması, malzeme ve cihaz yetersizlikleri gibi durumların öne çıktığı bulunmuştur. Yalın sağlıkta deneyimsiz grupta yer alan katılımcılar deneyimli grupta yer alan katılımcılara göre yaklaşık iki kat daha fazla *bekleme* israfı bildirmişlerdir. Katılımcıların beklemeye ilişkin ifadelerinden elde edilen alıntılara aşağıda yer verilmiştir.

“...Bir hekim bir hastayı yatırıyor, muayene ediyorsa birinci işi nedir order vermektir ama hekim order vermeyi bile hatırlatma sonucunda veriyor. Rutin işi olarak yapmıyor. O yüzden de hemşire ikide bir telefonda arıyor. Orderını, orderını... O hatırlatmak zorunda değil ki...” Deneyimli\K2, Hem.

“...Özellikle gece personelim olmuyor bir kanım beş saat bekliyor...” Deneyimli\K7, Alt

“...Örnek olarak geçen gün yoğun bakımda ateş ölçer yoktu. Yoğun bakımda ateş ölçer olmasa saatlik ateş ölçümü var, bir de ateşi olsa yarım saatte bir var. Hemşire geldi, “Var mı sıkıntı? Abi ateş ölçerimiz yok.” ... Hastanemizdeki en büyük sıkıntı “strip” yok. Düşünsene 4 saatte bir şeker takibi yapıyorsun. Bazen saatlik oluyor. Bir kere aksasa hastaya yapamıyorsun, bu durumda hasta mağdur oluyor. Evde oluyoruz bazen arıyorlar: “Abi stripimiz yok. Falanca sorumlu sende vardı hemen verelim...” Deneyimsiz\E21, Alt

4.2.7. Gereksiz İnsan Hareketi

Katılımcılar gereksiz hareketlerin genel kaynağını; dijitalleşememe, hastanede fiziksel alanların büyüklüğü ve kötü tasarım olarak görmektedir. Ayrıca diğer personellerin yetersizliğinden kaynaklı olarak hastaların basit ihtiyaçlarını, görevleri kapsamında olmayan, karşılamak zorunda kaldıkları ve bundan dolayı kendi görevleri olan tedavi ve bakım işlerine vakit ayırmakta zorlandıklarına değinmişlerdir. Yalın sağlıkta deneyimsiz grupta yer alan katılımcılar deneyimli grupta yer alan katılımcılara göre yaklaşık iki kat daha fazla *gereksiz*

insan hareketi israfı bildirmişlerdir. Görüşmelerden gereksiz insan hareketini içeren israf örneklerinden bazılarına aşağıda yer verilmiştir.

*“...Sen git depoya, altı ay önceki evrakları bul, getir, aç, tara tara bunlar işte israf...”
Deneyimli\K13, Ort*

“...Gözlemlerim; alanlar birbirinden o kadar uzak ki yürü yürü bacaklarımız ağrıyor, başka bir yerinize gerek yok ki. Alanda hareket israfı var. Bizim koridorlara koyun ambulans geçer yani. Kötü değil ama alanların birbirine kolay ulaşma yolları yok...” Deneyimsiz\K35, Alt

“...Fiziksel koşullar o da bence çok önemli. Ya genel söyleyeyim bunu; mesela ben onkoloji polikliniğinde çalıştım. Nasıl diyeyim size günde 20 bin adım atıyorduk biz. Çünkü o kadar bağımsızdı ki odalar birbirine. Hani fiziki koşullar...” Deneyimsiz\K24, Kli

*“...Mesela eczane kesinlikle, baya uzak bizim eczane. Tüp geçitle geçiliyor. Eskiden hastanenin içindeydi ama zamanla hastane yetmemeye başlıyor size. Büyük bir yer ve sadece ile değil bölgeye hizmet ediyorsunuz. Zemin kattaki eczaneye gönderdiğimde hasta bakıcım 10 dakika da geliyorsa, öbür ütü 20 dakikada geliyor hatta 25 dakikada geliyor. Oraya gönderdiğimde hastayı tomografiye geciktirebiliyorum ya da bilmem nereye geciktiriyorum...”
Deneyimli\K15, Ort*

4.2.8. Fazla Mesai

Hemşirelerin haftalık yasal süre olan 40-45 saatlik normal mesaiden fazla çalışması veya günlük vardiya sürelerinin 8 saatten uzun olması çok ayrı olgular olmayıp fazla mesai israfı içerisinde düşünülmüştür. Katılımcıların mesai dışı telefonla yönettikleri birçok durum olmasından dolayı bu süreçler de kayıtsız fazla mesainin bir parçası olarak kabul edilmiştir. Katılımcıların çoğunun belirttiğine göre; personel yetersizliği fazla mesainin en temel sebeplerinden biri olarak görülmektedir. Diğer yandan ekonomik kaygılar da kişileri fazla mesai yapmaya yönlendirebilmektedir. Bir katılımcı düşük ücret almasının personeli daha fazla süre çalışmaya ittiğini ifade etmiştir. Yalın sağlıkta deneyimsiz grupta yer alan katılımcılar deneyimli grupta yer alan katılımcılara göre yaklaşık iki kat daha fazla fazla mesai israfı bildirmişlerdir.

“...hemşire eksikliği, personel yetersizliği bizi insanlara karşı sıkıntıya çıkarıyor o konuda ben böyle olmak istemezdim. Hemşire sayısı, personel sayısının artırılması noktasında biraz daha çaba göstermesi umuyorum. Çünkü herkes 100 saat fazla çalışıyor. Mesai 160 saat bir memurun çalışma saati, ama 260 saat çalıştı çocuklar yoğun bakımlarda...” Deneyimsiz\E21, Alt

“...Bu kadar çok çalışmışken döner almıyor arkadaşlar. Zaten maaşlar kuş kadar. Sadece sabit alıyoruz, döner falan yok. Bir iki ay alıyoruz sonra almıyoruz. O da zaten 300-400 çerez parası. Fazla nöbet tutmak istiyor arkadaşlar. Nöbet parası almak için. Bu sefer de çok yorulmuş oluyorlar. Bu sefer ondan yakınıyorlar. Hem maddi hem manevi yıpranmış oluyorlar...” Deneyimsiz\K35, Alt

“...Bence mesailer de çok iş gücü kaybı. Şöyle oluyor işte insanlar sağlığından oluyor. Hem psikolojik hem de fiziki olarak yıkım bence bu. O kadar mesai. Hani bence bu da çok önemli...” Deneyimsiz\K24, Hem.

“...Gece 11’den sonra da ne bileyim aranmamalı. Gece 11 beni korkutacak bir saat. Yani ben erken uyuyan ve erken kalkan bir insanım. Gece 11’den sonra telefonum çaldığında kalp hızımın hızlandığını hissediyorum çünkü korkuyorum...” Deneyimsiz\K29, Ort

4.2.9. Uygunsuz/Kalitesiz Malzeme

Katılımcılardan gelen uygun olmayan ve düşük kalitede malzemelerden kaynaklı israflar bu kod altında birleştirilmiştir. Bu kod altındaki medikal ürünlerin kalitesiz olmasına yönelik örneklerin; gereğinden fazla iş ve görev dışı çalışma gibi başka israflarla ilişkili olduğu belirlenmiştir. Yalın sağlıkta deneyimsiz grupta yer alan katılımcılar deneyimli grupta yer alan katılımcılara göre yaklaşık 12 kat daha fazla *Uygunsuz/Kalitesiz Malzeme* israfı bildirmişlerdir. Katılımcılardan alıntılanan detaylı ifadeler aşağıda yer almaktadır.

“...Genelde malzemelerde kalite düşük oluyor. Tabi oluyor. Ben geçen aşıda mesela enjektörle şey çekeyim (aşı) dedim... Şimdi çekiyorum ama geliyor gibi ama bomboş ama geliyorken orada bir hava kabarcığı filan oluyor. Hani ben onun mesela bozuk olduğunu anlamasam çekeceğim ve hastaya boş olduğunu anlamadan yapacağım. Belki tam yapıyorken anlayacağım. Muallakta kalacağım. O hasta belki antikorlanacak veya antikorlanmayacak. Bir sıkıntı mesela...” Deneyimsiz\K33, Hem.

“...Malzeme olarak israfa yönelik bir hastanın damar yolunu açtıktan sonra stoperlerinizi koyuyorsunuz, düşüyor. Tekrar yeni stoper açabilmen için burada tekli stoper yok. Üç yollu musluktan stoper açıyorsun ama o üç yollu musluğu kullanmıyorsun ama onu kullanamıyorsun yazık günah. Sadece stoper için açıyorsun onu ya da bazı servislerde görüyorum intraket açılıyor. Bir stoperin maaliyeti bir üç yollu musluktan daha azdır. Benim şahsi düşüncem bu yönde...” Deneyimsiz\K22, Alt

“...Şöyle mesela pudralı eldivenlerin bize yaptığı (ellerini gösteriyor). Dermatitler, egzamalar. Şeffaf eldivenlerin üstüne giyiliyor bu sefer. O da ekstra bir maliyet...” Deneyimsiz\K33, Hem.

4.2.10. Bilinçsiz Malzeme Kullanımı

Katılımcılar tarafından, medikal malzemelerin, amaçlarının dışında, kişisel kullanımla israf edildiği, hatalı işlemlerin de bu tip israflara yol açtığı bildirilmektedir. Yalın sağlıkta deneyimsiz grupta yer alan katılımcılar deneyimli grupta yer alan katılımcılara göre 10 kattan fazla *Bilinçsiz Malzeme Kullanımı* israfı bildirmişlerdir. Bu alt temaya örnek oluşturan alıntılar aşağıda verilmiştir.

“...Şunu da biliyorum ben mesela enjektörle çay karıştırılıyordu o dönemlerde. Bu nasıl bir şeydi, o zaman kimse algılamıyor muydu? Bizim öğrenciliğimiz zamanında. Şimdi daha olgunlaşınca bunu fark edebiliyoruz ya da o farkındalığı o hemşirelerime veriyorum. Ya bu olmaz ya da abeslangla karıştırma...” Deneyimsiz\K18, Üst

“...Yani onun yeteri kadar eğitimini de almadıkları için sorumsuzca, fazlasıyla malzeme kullanılıyordu. O biraz verilen hastanedeki hizmet içi eğitimlerin de burada önemi çok. Gereksiz fazla malzeme kullanıldığı şeyler de oluyordu...” Deneyimsiz\K32, Hem.

4.2.11. Gereksiz Malzeme Hareketi

Herkesin depoya yani malzemeye ulaşabilmesi, hata yapma düşüncesiyle daha fazla malzemenin hareket ettirilmesi gereksiz malzeme hareketi israfları arasında belirtilmiştir. Bir katılımcı malzemeyi yerinde bulamamasının aynı zamanda bekleme israfına da yol açtığına dikkat çekmiştir. Yalın sağlıkta deneyimli grubun deneyimsiz gruba göre daha fazla israf bildirdiği tek israf olan *gereksiz malzeme hareketinde*, iki kat daha fazla bildirim yaptıkları tespit edilmiştir. Bu başlıkta yapılan alıntılardan bazıları aşağıda yer almaktadır.

“...Öncelikle izinsiz malzeme alımının önlenmesi lazım, bu çok ciddi bir sorun, hiçbir şey yapamıyoruz. Ben herkese mesaj atıyorum... Servis açık bir alan, polikliniklere çok yakın, herkes ihtiyacını depo gibi bizden karşılamaya çalışıyor bu yönden ciddi rahatsızım. İşte katajelden beslenme sondasına, batikonuna spançına şurada alıver, şurada alıver alıver muhabbeti...” Deneyimsiz\K25, Alt

“...Bir şekilde işler bitiyor ama zamanımızı çalan gereksiz iş yükü bazen hani aradığım bir malzemeye falan orada olmuyor...” Deneyimli\K9, Alt

“...En fazla israf nedeni bence kaçak alınması, işlemi tek seferde yapamama korkusuyla böyle malzeme tepsisinde alınan fazla malzemeler. Kontamine oluyor yani ben çok kızıyorum ona...” Deneyimsiz\K25, Alt

4.2.12. Fazla Stok

Katılımcıların belirttiklerine göre fazla stoğun sebepleri; ilaç ve sarf malzemeleri iade etmeme ve biriktirme, depoların alanlardan daha uzak olmasından kaynaklı yönetememe gibi davranışlardan kaynaklandığı saptanmıştır. Katılımcılar, fazla stok yapmalarından kaynaklı iade etme, ekstra istem olmaması için hekimle iletişime geçme, denetlemelerde ortadan kaldırma gibi işlemlerle gereğinden fazla iş israfını da yaptıkları görülmektedir. Aynı zamanda fazla stoğun beraberinde malzeme ve ilaçların tarihlerinin geçmesine ve dolayısıyla kayba neden olduğu belirtilmiştir. Yalın sağlıkta deneyimsiz grupta yer alan katılımcılar deneyimli grupta yer alan katılımcılara göre beş kat daha fazla *fazla stok* israfı bildirmişlerdir. Katılımcılardan elde edilen alıntılardan örnekler aşağıda paylaşılmıştır.

“...ama herkeste şöyle bir mantık var. Benim çok malzemem olsun aman ben sıkıntı çekmeyeyim. O malzemeler orada gerekli, gereksiz kalıyor, miadı doluyor...” Deneyimli\K2, Hem.

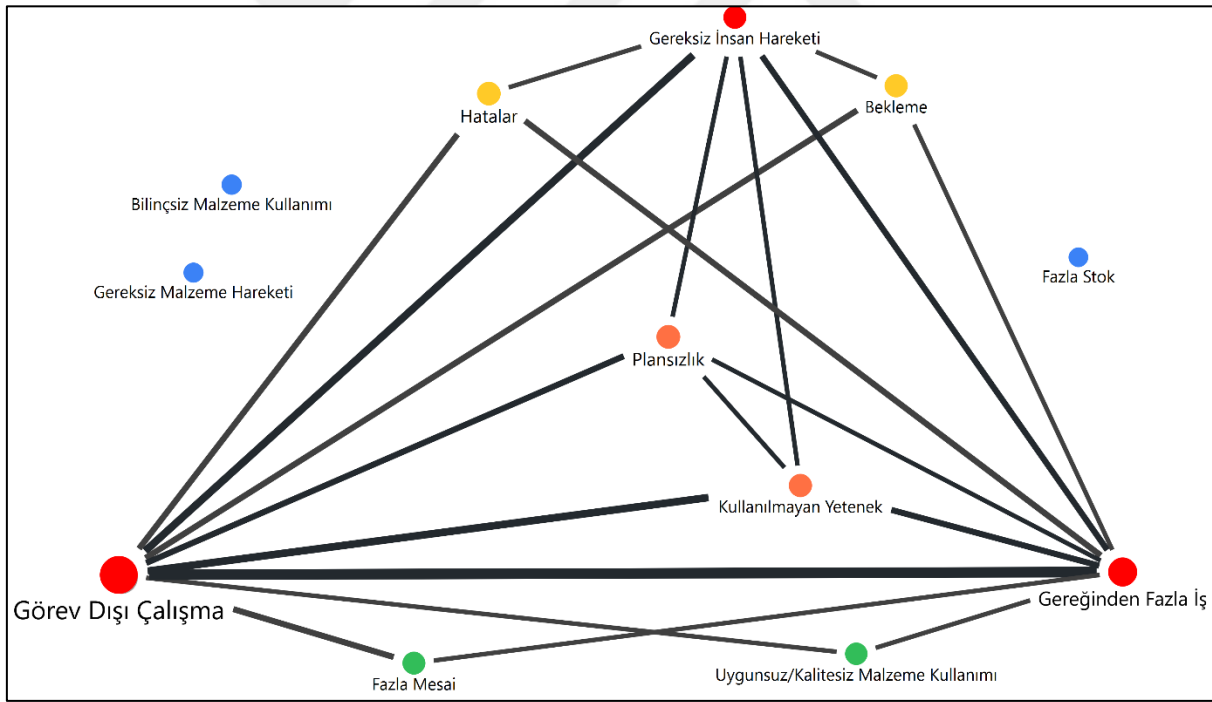
“...Sonra böyle saçma sapan yerlerde uzak alanlarda depolar vardı. Temizlik depo servisinin dışındaydı. Başka bir yere boş bir alan bulunmuş ve oraya taşınmış, belki ihtiyaç fazlası malzeme alınmış ki her hafta malzeme verilirken. Sırf işte malzeme yoksunluğu korkusu ile yapılmış şeyler...” Deneyimsiz\K25, Alt

“...Aradaki fark ise benim eğer ilaç dolabımda en basiti ağı kesici olarak düşündüğüm ilaç elimde doktor orderını bana sormadan giriyorsa fazla birikmişse gereksiz bir ilaç yığınım oluyor. Yani bunu sürekli takip edip asistan arkadaşla söylemem gerekiyor ki o ilacı girmesin...” Deneyimsiz\K26, Hem.

“...Malzeme çok israf oluyor. Şimdi biz normalde hastaların üzerinden tabela girersin, girdiğin kadar alırsın ama onu o hastaya normalde mesela dolabı olur oraya koyup, oradan alman lazım ama o da ilaç dolabına direk girer, oradan alırsın. Orada birikir birikir birikir. Ancak bir denetleme bir şey olduğunda. Son kullanma tarihi geçiyor... Taburcu olan hastalarınkini iade etmek gerekir ama onlar çok uygulanmıyor...” Deneyimsiz\K33, Hem.

4.2.13. İsrarlar Ana Temasında Yer Alan Kodların Birbirleri ile İlişkileri

Şekil 4-5'te İsrarlar ana teması altındaki alt temaların birbirleri ile ilişkileri gösterilmektedir. İlişki haritasındaki çizgilerin kalınlığı alt temalar arası ilişkilerin sıklığını temsil etmektedir.

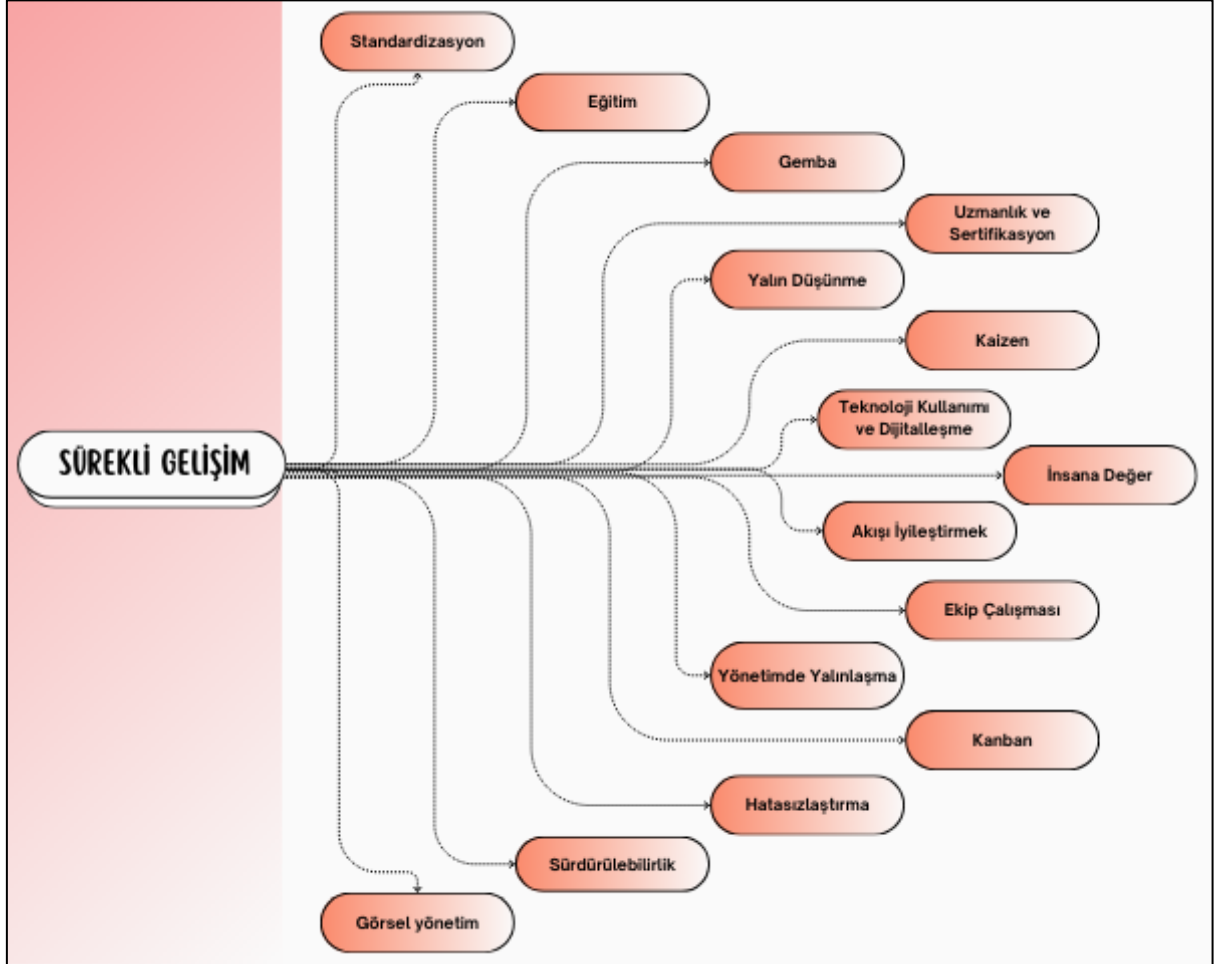


Şekil 4.5: İsrarlar ana temasındaki alt temaların birbirleriyle ilişkileri

Şekil 4.5 incelendiğinde en sıkı ilişki halinde bulunan alt temaların sırasıyla; **görev dışı çalışma**, **gereğinden fazla iş**, **gereksiz insan hareketi** olduğu görülmektedir. Diğer yandan **bilinçsiz malzeme kullanımı**, **gereksiz malzeme hareketi** ve **fazla stok** alt temalarının diğer alt temalarla yeterli sayıda ilişkisinin olmadığı saptanmıştır.

4.3. SÜREKLİ GELİŞİM ANA TEMASINA İLİŞKİN BULGULAR

Katılımcıların, israfları ve problemleri ortadan kaldırmak için uyguladıkları yalın uygulamalar ve YY ile bağdaştırılan öneriler *Sürekli Gelişim* ana teması altında derlenerek toplam 15 alt tema kodlanmıştır. Bu alt temalar Şekil 4.6’da detaylandırılmıştır.



Şekil 4.6: Sürekli gelişim ana teması ve alt temaları

Şekilde yer alan alt temalar temsil gücü en yüksekten en düşüğe göre sıralanmış olup, şekil incelendiğinde katılımcıların en fazla **Standardizasyon** en az **Görsel Yönetim** alt temasında bildirimlerinin olduğu bulunmuştur (Şekil 4.6).

4.3.1. Standardizasyon

Yalın sağlıkta deneyimli katılımcılar, yalınlaşmayla beraber servis ve çalışma düzeni, görev tanımları gibi birçok süreci standart hale getirdiklerini ve bu sayede israfı da önlediklerini paylaşmışlardır. Deneyimsiz grupta yer alan hemşireler de standartlaşmanın öneminin farkında olduklarını belirterek ve standartlaşmanın gerekliliğine ilişkin çeşitli örnekler sunmuşlardır.

Yalın sağlıkta deneyimli katılımcılardan daha fazla bildirim gelmiştir. Katılımcıların bu alt temadaki ifadelerinden alıntılara aşığıda yer verilmektedir.

“...Onun dışında mesela daha önce malzemelerimizi alelade herkes kendi standardına göre yerleştiriyordu dolap içlerini ve bu malzemeleri arayıp bulmak ya da herhangi bir yere desteğe gittiğinde arayıp, arayıp bulmak çok zordu. Çünkü her hemşire kendi düzenini oturtmuştu fakat biz yalın eğitimi aldıktan sonra, bütün klinikleri bütün hastaneyi düzenini aynı yaptık yani siz acil servisin pansuman arabasının üçüncü çekmecesini açtığınızda makas buluyorsanız, 5. kat yatan hasta katının üçüncü çekmecesini açtığınızda da makası bulabilirsiniz. Bunları yaptık...”
Deneyimli\K6, Alt

“...Standardize edilmiş şekilde de çalışmayı severim. Çünkü bir rutin oluşturduğunuzda siz yaptığınız işi bilirsiniz. Hem bu arada bir düzen sağladığınızda iş aralarında kendinize dinlenme fırsatı, başka bir iş planlama fırsatı bulursunuz. Kişinin kendisine bir şey katması, tecrübe yapması açısından da iyi olabilir...” Deneyimsiz\K26, Hem.

“...Toplantı için günün belli bir saati toplantılara katılınabilir, bir saat dilimi rutin işler için ayrılabilir çünkü yöneticinin de takip ettiği belli rutin işler var ama aynı zamanda yapması gereken görüşmeler var. Bunlarla ilgili iyi bir planlama yapılması gerekiyor...”
Deneyimli\K11, Ort

4.3.2. Eğitim

Katılımcıların gelen eğitimle ilgili ifadeleri incelendiğinde; YS üzerine eğitimler ile oryantasyon ve hizmet içi eğitimleri önemli gördüklerini ve mesleki gelişim için sürekli eğitimin sağlanmasının gerekliliğini dile getirdikleri belirlenmiştir. Bu alt temada YS’de deneyimsiz katılımcılardan daha fazla bildirim gelmiştir. Katılımcılardan elde edilen alıntılara aşığıda yer verilmektedir.

“...Üçüncüsü eğitim her şeyi bildiğimizi düşünüyoruz ama hani çok eksiklerimiz var. Bunları hani telafi için sık sık hizmet içi eğitimlerin gücüne ben inanıyorum...” Deneyimsiz\K38

“...Tabii ki bunları öğrenmek, bu yalın eğitimde de aldığımız eğitimler tabii ki işimize yarıyor şöyle işimize yarıyor; bu aylık listeler önceden haftalık yapılıyordu. Bu aylık listelere geçilince

hani nasıl daha adaletli olabiliriz, bir problemi çözme yöntemlerini bize öğretti. Nasıl davranmamız gerektiğini öğretti, ya çok şey katıyor eğitim...” Deneyimli\K17, Ort

“...İşte kişiler yeni göreve başladıklarında oryantasyon eğitimleriyle, kurum oryantasyonlarıyla oluşturulmuş olunan bu standartların duyurulması gerekiyor ve kişilerin bunlara uyup uymadığının takip edilmesi gerekiyor...” Deneyimli\K11, Ort

“...Kendi içimizde eğitimlerimiz oluyor. Hizmet içi eğitim planlarımızda oraya özgü konularımız var. Özellikle hasta güvenliği açısından; hastanın karşılanması, taraf cerrahisi, doğrulanması işte birimler arasındaki teslim süreçleri, bu süreçleri ne kadar kısaltabiliriz ona baktık...” Deneyimli\K3, Ort

4.3.3. Gemba

Hemşireler, yalın süreçlerde sık kullanılan Gemba tekniğine benzer şekilde vizit uygulaması yaptıkları bilinmektedir. Deneyimli katılımcılar direkt Gemba ifade ederken, deneyimsiz katılımcılar da bunu vizitleriyle örtüştürmektedir ki her iki grupta yakın sayıda bildirimde bulunmuşlardır. Yönetici katılımcılar vizitlere çok önem verdiklerini, sahada birçok eksiklikleri yerinde görüp, düzeltmeyi tercih ettiklerini paylaşmışlardır. Yönetici bir katılımcı sahadan bir yönetici olmanın çok daha verimli olduğu görüşünü bildirmiştir. Katılımcıların ifadelerinden elde edilen alıntılara aşağıda yer verilmiştir.

“...Şimdi biz yönetici hemşire olarak en çok zorlandığımız şeyler; malum özel sektörde çok fazla hemşire sirkülasyonu olur, işe giriş çıkışlar çok fazla olur ve biz bunun kadrosunu oturtana kadar, yani gerçek sayıyı bulana kadar bu aşamada çok zorlandık fakat biz yalın eğitimler, yalın sağlık hani eğitimleri aldıktan sonra olay yerinde Gemba yürüyüşleri yaptık... Bunları söylememin de sebebi de bu. İşte oradaki mesela insan israfında, malzeme israfında, zaman israfında dediğim gibi olay yerine gittik, gözlemledik...” Deneyimli\K6, Alt

“...Sonra mesela günlük işleyiş içerisinde kliniği dolaşırım. İşte oradaki sorunları saptadığımda doktora gitmem gerekiyorsa doktora iletiyorum. Hemşireye şunu yap demem gerekiyorsa onu yapıyorum ya da hasta bakıcıları temizlik personeline müdahale etmeleri gerektiğini düşündüğüm şeyleri söylüyorum. Sonra bir ara onları kontrol ediyorum yaptılar mı yapmadılar mı diye. Klinik işleyişiyle alakalı bir aksaklık var mı diye bakıyorum...” Deneyimli\K15, Ort.

“...Ben bunu hocalarla bazen vizite katılıyorum, gerçekten çok bilgilendirici oluyor onların vizitleri ama bazen çoğu zaman işleyişte de katılmıyorum aslında. Onlar da isteğe bağlı aslında katılmak, onlar yanında bir hemşire görmek istemiyor aslında. Vizit zamanı öğreniyorum ki lavmanın yapılması gerekiyor. Gaita çıkışı olsa bile. Bizim hemşirelerimiz gaita çıkışı var diye, dediğim gibi ezbere gittiklerinden, alaylı bir şekilde gittiklerinden onu atlamışlar birkaç gün boyunca...” Deneyimsiz\K23, Alt

4.3.4. Uzmanlık ve Sertifikasyon

Katılımcılar, hemşirelerin uzmanlık ve sertifikasyona göre değerlendirilerek uygun alanlarda çalışmalarının önemli olduğunu aktarmışlardır. Bunun için hemşirelikte kariyer planlamalarının olması, uzmanlığın yapılandırılması gibi öneriler getirilmiştir. Bazı yöneticiler alan sertifikalarına çok önem verdiklerini söylerken, bazıları lisansüstü eğitim alan hemşireleri yönetici olarak seçtiklerini ve çok fayda sağladıklarını belirtmiştir. Bir yönetici ise; başhemşirenin demokratik olarak seçilmesi ve yardımcısı olacak kişileri sınavla değerlendirmesi önerisinde bulunmuştur. Yalın sağlıkta deneyimsiz grupta yer alan katılımcılar deneyimli grupta yer alan katılımcılara göre iki kat daha fazla bildirimde bulunmuşlardır. Katılımcıların ifadelerinden elde edilen alıntılara aşağıda yer verilmiştir.

“...Yani mutlaka yapılabilir aslında. Belki hani ek bir eğitimle yapılabilir. TUS gibi aslında. Kişi ne yapıyor, beş yıl tıp fakültesini bitiriyor sonrasında tıpta uzmanlık yapıyor. Burada beş, dört yıl tıpta uzmanlık için evet gerekli bir süre ama belki bizim için bir yıl yeterli. Aslında şöyle böyle olunca sertifikasyon programlarına gerek kalmayabilir böyle olunca. Kişi ne yapar, sertifikasyon programına şöyle gerek olabilir. Hani altını çizeyim onun. Kişi diyelim ki okuldan mezun oldu, branşlaştı hemşirelikte, branşlaştıktan sonra ikinci bir alanda eğer eğitim almak isterse sertifikasyon devreye girer ama bu kişi yoğun bakım hemşiresi olacaksa eğer tek bir eğitimle o iş çözülebilir. Bu kişi hastanelere atandığında da o alanın uzmanı olarak atanır. Ben de planlamamı çok iyi yapabilirim o şekilde...” Deneyimsiz\K36, Ort.

“...Sertifikasyonlar güzel şeyler. Yoğun bakım sertifikasyonunu alırsın, daha sonra diyalizi alırsın, yoğun bakımı alırsın. Bu ne demek senin hemşirelik alanında belli başlı yerlerde uzmanlaşman demek aslında. Keşke bizim hemşirelik alanında da mezun olurken uzmanlaşma olsa aslında...” Deneyimsiz\K36

“...(yüksek lisans mezunu hemşirelerin sorumlu olmasını kastediyor) Çok daha farklı oldu. Personelin yetişmesi, hasta takibi açısından ve personele eğitim vermesi açısından çok fazla olumlu dönüşleri var. Çok uzun süre olmadı bunu biz yapalı ama çok kesinlikle çok iyi oldu bizim için bu. Diğer ekibe de yansması iyi oldu, onları da motive ediyor. Zaten yönetmelikte der ki; öncelikle onları yapın, hani onları görevlendirin. Diğer arkadaşların da eğitimini etkiliyor, onların yüksek lisans yapmasına teşvik edebilir. Onlar için iyi bir örnek olacak. Güzel ve ekip iletişimleri de iyi hem onlara örnek oluyorlar hem eğitim de hem hasta bakımında. İyi oldu yani...” Deneyimsiz\K28, Ort

4.3.5. Yalın Düşünme

Katılımcılar yalını; sadeleştirme, daha az masraf ve israf, yeteneklerin kullanımı, işlerin sıralanması gibi ifadelerle tanımlamışlardır. Yalından öğrendiklerini sadece iş ortamında değil, özel hayatlarında da kullandıklarını ve bu tekniklerden fayda gördüklerini belirtmiştir. Bu alt temada YS’de deneyimli gruptan daha fazla bildirim gelmiştir. Katılımcıların ifadelerinden elde edilen alıntılara aşağıda yer verilmiştir.

“...Kavram olarak yalın deyince aklıma sadeleştirme, sadelik, her şeyin sade hali geliyor kavram olarak. Hemşirelik hizmetleri yönetimi sadeleştirilebilir mi hani ben en başta konuşmaya başladığımda da söylemiştim. Hani ben bir şey yaparken en sade halini, nasıl yaparım diye düşünüyorum. Yapılabilir herhalde yapıyorum da. En az maliyetle, en kısa yollardan ama hem hasta güvenliğini hem çalışan güvenliğini sarsmadan, etkilemeden ne şekilde yaparsın?..” Deneyimli\K1, Üst

“...Ben ilk 5S duydum. Kaliteden gelen arkadaşlar 2005 yılıydı sana 5S yapacağız dediler. Geldiler, çekmeceleri açtılar, dolapları açtılar. Aa! ne güzel bunu nasıl yaptın. Ben bilmeden 5S yapmışım. Benim için düzen çok önemli. Benim için çekmeceyi ilk açtığımda bütün malzemeleri, bütün ilaçları görmek çok önemli...” Deneyimli\K2, Hem.

“...Yalın sağlığı hemşirelik açısından uygulamak istiyorsanız; öncelikle bunu benimsemek lazım kim ne derse desin. Benimsemeyen bu iş olmuyor. Benimserseniz eğer, o gözle bakarsanız değiştirecek çok şey var yani oradaki bir ayıklamayı bile 5S uygulamasını bile, bir Kanban çalışmasını bile yapmak kesinlikle çalışma hayatında kolaylık sağlıyor. O yüzden umarım herkes benimser...” Deneyimli\K6, Alt

“...Özel hayatımda şöyle uyguluyorum. Mesela akşamdan çantam kapının önünde, maskem yanında, montumu bile çıkarıyorum, öğlen buraya yemek getiriyorum kahvaltı dolapta hazır, sabah hemen alıp çıkıyorum. Bana zaman kazandırıyor. Eşimin yemeği, kızımın yemeği hazırdır...” Deneyimli\K14, Ort

4.3.6. Kaizen

Yalın sağlıkta deneyimli katılımcılar daha çok Kaizen önerileri getirirken, deneyimsiz katılımcıların da iyileştirme çalışmaları yaptıkları ya da düşündükleri saptanmıştır. Yalın sağlıkta deneyimli katılımcılar bu alt temada deneyimsiz gruba göre iki kata yakın daha fazla bildirimde bulunmuşlardır. Deneyimsiz grupta yer alan bir katılımcı, servisin çevresel problemlerine değinmiş ve kendi iyileştirme düşüncesini iletmiştir. Katılımcıların ifadelerinden elde edilen alıntılara aşağıda yer verilmiştir.

“...Bunları söylememin de sebebi de bu. İşte oradaki mesela insan israfında, malzeme israfında, zaman israfında dediğim gibi olay yerine gittik, gözlemledik, bunların formları oluşturuldu yalın enstitü tarafından. Bunların zamanları tutuldu. Baktık ki 15.00-23.00 vardiyasına bir hemşire gerekiyordu, onu koyduk. Mesela baktık ki işte çöpün yerinin değişmesi gerekiyormuş bunu yaptık. Baktık ki dolap düzenimizin değişmesi gerekiyormuş bunu yaptık vesaire. Bunlar aslında hepsi anlattığım bunların içinde olan örnekler...” Deneyimli\K6, Alt

“...Ameliyathane verimliliğini iyileştirmek üzere projelerimiz oldu. Bunları aşama, aşama yaptık. Bir süre benim liderliğimde döndü. Örneğin; hastanın ameliyathaneye alınması, hastanın orada gereksiz kalmasının önlenmesi onun için sürelerimizi belirledik. Hasta klinikten standart olarak ne kadar sürede gelir ameliyathaneye, onun için ya da bir sonraki ameliyatı ne kadar zaman önce istemeliyiz ki bir sonraki hasta beklemesin orada gibi süreye yönelik çalışmalarımız oldu. Cerrahi hazırlık sürecini ölçerek özellikle, iyileştirmelerde bulunduk...” Deneyimli\K3, Ort

“...Biz yönetim olarak toner kullanımını da azalttık. Her birimde yazıcı vardı. Yani öyle bir şey ki mesela iki birim yan yana ama ikisinin de ayrı yazıcısı var. Teke düşürdük. İki bilgisayar ortak yazıcıya bağlandı. Hem oradan yazıcıyı çıkardık hem de toner kullanımı azaldı. Işık sensörü yoktu çoğu yerde, ona geçiş yaptık. Kullanılmayan odalarda bile hepsi kullanılıyordu. Düşünün dört tane elektrik faturası bu sonuçta kurum yararına yapılmış bir şey bu. İdari mali

hizmetler, başhekim ve ben hep beraber yaptık. Kurumsal anlamda hep beraber hareket ettik...” Deneyimsiz\K36, Ort

“...Aslında "U" ya da "O" servis çok güzel. "O" daha güzel aslında. Eski okulunda görmüşlüğü var çok beğenmiştim yani. Bir desk var ve bu desk sütunlarla filan bölünmemiş. Desk bildiğimiz O şeklinde yapılmış. O sistemde sen bütün odaları etrafına aldığında mükemmel, harika bir şey. O sistemi üçe bölerek; doktor, sekreter ve hemşire alanı olarak ayırabilirsin. İşte depolar kör noktalarda ya da işte daha büyük alanda daha çok dolaplarla sağlanabilir. Farkındaysanız çok az dolap var bu alanda. Çok az dolap var...” Deneyimsiz\K25, Alt

4.3.7. Teknoloji ve Dijitalleşme

Katılımcılar, teknoloji kullanımı ve dijitalleşmeye çözüm olarak bakmakta, yeterli teknolojik donanımına sahip olamadıklarından birçok israf yaptıklarını ifade etmektedirler. Bazı katılımcıların hem manuel hem elektronik kayıtların olmasından şikayetçi oldukları ve sahada teknolojiden daha çok faydalanmak istedikleri belirlenmiştir. Yalın sağlıkta deneyimsiz katılımcılar bu alt temada deneyimli gruba göre iki kata yakın daha fazla bildirimde bulunmuşlardır. Katılımcıların ifadelerinden elde edilen alıntılara aşağıda yer verilmiştir.

“...Hemşirelikte daha çok otomasyona yönelme çabalarımız var. Dijital dönüşüm hastanemizin hedefleri arasında. Hasta imzası gerekmeyen, ıslak imza gerektirmeyen tüm kayıtların HBYS üzerinden yapılmasına çalışıyoruz. Buna yönelmeye çalışıyoruz. Bu hem kaydın hemen o anda yapılmasını, ileride bazı düzenlemeler yaparsak belli kayıtları yapmadan bir sonraki aşamaya geçememek gibi şeyler var disipline etmek açısından bu tür yöntemleri kullanıyoruz, mevcut durumda da. Örneğin sözel order verdi hekim, o sözel orderi onaylamadan başka order verememesini sağlıyoruz. Çünkü verebildiği zaman o sözel order onaysız kalıyor orada. Bazı uygulamalarımızı; hemşirelik kayıtlarında da belki yaptığı orderi onaylamadan bir sonraki orderi yapamaması gibi. Bu olunca eşit zamanlı kaydolacağı için biriken bir şey olmayacak.” Deneyimli\K3, Ort.

“...Arkadaşların nöbet listelerini yapmak, elle nöbet listesi yapmak kadar işkence olan bir şey yok. Bir program olsa benim işimi kolaylaştırır...” Deneyimsiz\K35, Alt

“...Mesela evet hemşireler çok adım atıyor. Eczaneye narkotik ilaç almaya bizzat hemşireler gidiyor. Bizi de yoran bir şey. Kayıt (prosedür) anlamında normalde hemşirenin alması galiba ama bizi de yoran bir şey. Artık nasıl bir sistem olabilir bu. (Düşünüyor) Pnömotik sistemler mesela. Eczanelerden tüm birimlere dağılan bir sistem olsa ne güzel olabilir mesela...” Deneyimsiz\K33, Hem.

4.3.8. İnsana Değer

Katılımcılar insana değer noktasında hasta memnuniyetine kıyasla çalışan memnuniyetinin biraz arka planda bırakıldığını, çalışan memnuniyetinin de motivasyon sağlamak, hataları azaltmak, devir hızını düşürmek gibi kurumsal katkılar sağlayacağını belirtmişlerdir. Hemşirelere değer noktasında; kurumsal adaletin sağlanması, ücretlerinin artırılması, izinlerini istedikleri gibi kullanabilmeleri, istedikleri alanlarda çalıştırılmaları gibi öneriler getirilmiştir. Yalın sağlıkta deneyimsiz katılımcılar bu alt temada deneyimli gruba göre dört kata yakın daha fazla bildirimde bulunmuşlardır. Katılımcıların ifadelerinden elde edilen alıntılara aşağıda yer verilmiştir.

“...Mesela bir düzen olsa, şey olmaz. Yalınlıkla çok alakalı olduğunu düşünüyorum. Bir çalışan memnuniyeti şey olsa insanlar buradan gitmez, sirkülasyon olmaz. Kıdemli elemanların burada kalması bence yalın yönetimde çok önemli. Hani tecrübeli hemşirelerin. Sirkülasyonun çok olması bu da büyük bir kayıp yani. Hani bence insanları kaybetmemeliyiz.” Deneyimsiz\K24, Kli

“...Yani hasta memnuniyetinin dışında çalışan memnuniyeti de olmalı. Hasta odaklı olduysa çalışan odaklı da olmalı. Çünkü hasta odaklı yapılan bütün çalışmalarda mutlaka çalışanı düşünmek de gerekiyor; çalışanın motivasyonunu, işte güvenliğini, iş yaşam kalitesini de artırmak gerekiyor. Bu alanda yapılan çalışmalar organizasyonların arttırılması gerekiyor. Bu konuda çalışanların motivasyonun yükseltilmesi lazım. Bunu yapması için de bir sürü organizasyon yapabilir, onun değerli olduğunu, çalışan olarak ihtiyacımız olduğunu hissettirebiliriz. Bunu yapacağı birkaç şeyle gerçekleştirebiliriz...” Deneyimsiz\K39, Ort.

“...Bir de idari, yardım almak istediği yönetsel anlamda yapılan uygulamaların oradaki hemşire arkadaşımızı mutlu ya da mutsuz etmesi gerçekten önemli. Adalet. Aslında çalıştığı alanda, hastanede de hissettiği adalet ve saygınlık gerçekten çok önemli. Şey var çünkü adaletli davranılmıyorsa kendisine o çok mutsuz hissettiriyor. Hepimize öyle çünkü. Aslında adaletli bir

ortam, iş yükündeki eşitlik, ondan sonra, sağlıklı şartların oluşması gerekiyor kesinlikle...”
Deneyimsiz\K34, Kli

4.3.9. Akışı İyileştirmek

Katılımcılardan YS’de deneyimli grup, iş akışını iyileştirmede yalın teknikleri kullandıkları, süreçleri analiz ederek iyileştirmeler yaptıklarını aktarmaktadır. Yaptıkları çalışmalarda; iş süreçlerinde israfları eleyerek değer yaratan işlere odaklandıklarından bahsetmişlerdir. Yalın tecrübesi olmayanlar iş akışının iyileştirileceği süreçlerin farkındalığına sahip oldukları ve önerilerini dile getirmişlerdir. Yalın sağlıkta deneyimli katılımcılar bu alt temada deneyimsiz gruba göre iki kattan daha fazla bildirimde bulunmuşlardır. Katılımcıların bu alt temadaki ifadelerinden alıntılara aşağıda yer verilmektedir.

“...Şöyle; hizmet sürecine değer katan şeyleri ortaya çıkarmaya çalışıyoruz tabii. Süreçlerimizi kurgularken de burada gereksiz bir adım var mı, bunu nasıl yok ederiz...” Deneyimli\K3, Ort.

“...Aslında iş akış şeması çok düzgün yapılırsa hani işte eczaneye malzemeler bir kerede çekilse de dört kere, beş kere, altı kere gitmesi, hani attığı adım, çalıştığı saat, sarfettiği kelimeler bunların hepsi israf ona ben de katılıyorum. Bazen bu çok yorucu ve tüketici olabiliyor. Net sınırların da sanırım çizilmesi gerekiyor. Görev ayrımında personelin hemşirenin hekimin sadece malzeme ve işi anlamında değil ona katılıyorum zamanı iyi kullanmak işlerin. Akış şemasıyla beraber işlerin kimin tarafından nasıl yapıldığında hem zaman hem emek, yorgunluk açısından çok iyi olacağını düşünüyorum...” Deneyimsiz\K38, Alt

“...Bütün her şeye bakılması gerekiyor, hemşirelerin yaptığı tüm işlere bakılması gerekiyor. Gerçekten de o işlerin yapılıp yapılmamasına gerek var mı ya bakılması gerekiyor...”
“Deneyimli\K, Üst

4.3.10. Ekip Çalışması

Yalın sağlıkta deneyimli katılımcılar, yalın çalışmaların bir ekip işi olduğunu ve liderliğe ihtiyaç duyduklarını belirtmişlerdir. Deneyimsiz grupta yer alanlar ekip çalışmasını işin bir gereği, iletişimi kuvvetlendirmenin bir yolu, motive edici bir araç olarak tanımlamaktadırlar. Yalın sağlıkta deneyimsiz katılımcılar bu alt temada deneyimli gruba göre iki kattan daha fazla bildirimde bulunmuşlardır. Katılımcıların bu alt temadaki ifadelerinden alıntılara aşağıda yer verilmektedir.

“...Tek kişilik olacak bir iş değil bu, ekiple olması lazım. Gönüllük zaten ekipçe olmak demek. Yani bu ekibin başında bir kişi varsa, alttakiler bilgiyi zincirleme olarak bir yetkiliye vermek zorunda. Bu yetkili de bunu kontrol etmek zorunda...” Deneyimli\E10, Kli

“...Personeli onore etmek ve daha fazla bir araya gelmek, toplantılar düzenlemek birimlerle ilgili çok bana göre çok yararlıydı. Çünkü sıkıntılarını derinlerini de orada söylüyorlar birebir görüşmeler yerine birim bazında toplantıların daha faydalı olduğunu düşünüyorum çalışırken...” Deneyimsiz\K38, Alt

“Birçok şey var bu şekilde. Şimdi sağlık zaten ekip işi, zincirleme çalışıyoruz. Hani ben hiçbir zaman bireysel çalışmam ne kendi ekip arkadaşım da bireysel ya da sağlık camiasındaki diğer meslek mensuplarıyla da biz hep zincirleme. Benim bir yaptığım iş diğerini de etkilediği için. Ha benim için evet hemşirelik hizmetleriyle ilgili yaptığım işler çok önemli. Diğerlerini belki bir tık erteleyebilirim ama onları da çok fazla öteleme lüksüm de olmuyor. Çünkü onun yaptığı ya da yapmadığı iş benim hemşirelik hasta bakımımı ya da hemşirelik hizmetlerindeki işleyişi etkiliyor. Tabi ben yeri geliyor atık yönetiminde ilgili müdür yardımcısına destek oluyorum ve depo stok durumlarında, malzeme tedarikinde ya da tıbbi cihaz alımında bunlarda da aktif çalışıyoruz...” Deneyimsiz\K28, Ort.

4.3.11. Yönetimde Yalınlaşma

Katılımcılar, yaşadıkları deneyimlere göre yönetimin yalınlaşmasından taraf olduklarını belirtmişlerdir. Yönetimde yalınlaşmanın; iletişimi kolaylaştırıp kuvvetlendirdiği, insan israfını engellediğine dair örnekler getirmişlerdir. Deneyimsiz bir grupta yeni başhemşirenin yardımcısız devam etme kararı bir alt düzey yönetici tarafından olumlu değerlendirilmiş ama iş yükünün artması da bir zorluk olarak gösterilmiştir. Yalın sağlıkta deneyimsiz katılımcılar bu alt temada deneyimli gruba göre yedi kat daha fazla bildirimde bulunmuşlardır. Katılımcıların bu alt temadaki ifadelerinden alıntılara aşağıda yer verilmektedir.

“...Arada klinikte çalışan bir hemşire ile tepe yönetici arasında çok fazla basamak olmaması gerektiğini düşünüyorum genel anlamda...” Deneyimli\K11, Ort.

“...Bir örnek vereyim size kulaktan kulağa bir oyun vardı değil mi baştan söylersin, sondaki söyler, arada bir kopukluk olur yani zincir uzar uzadıkça kopukluk oluyor, zincir sıklaştıkça bence bana göre kopukluk, iletişim sıkıntısı olacağını düşünüyorum yani o zinciri daraltmak

lazım...Uzun zincir olmayacak her şey kılalacak. Yani daha kısa bir zincir olacak yönetimle iletişim sağlanacak yani, sıkıntılar dile getirilip çözümlenmesi lazım...” Deneyimsiz\K22, Alt

“...Şu an daha verimli, daha olumlu yani (yeni başhemşirelerinin yardımcıları kaldırmasını kastediyor). Daha önceki ilk geldiğim dönemde hastane idaresi işte bir başhemşirelik var ve başhemşirenin 18 tane yardımcısının olduğunu biliyorum ben. Sorumlu değil. Her servisin ayrı bir başhemşire yardımcısı vardı. Gereksiz. Servis sorumlusu da var. O kadar çok gereksiz kişi kullanımı ki bu. 17-18 kişi insanı hemşire olarak, başhekim olarak, çok daha verimli, etkili alanlarda kullanabilirsin sen yani bence onlar çok yanılttı o dönemde...” Deneyimsiz\K32, Hem.

4.3.12. Kanban

Yalın sağlıkta deneyimli grupta yer alan katılımcılar stok yönetiminde Kanban ve çeşitli standart uygulamalar geliştirdiklerini ve iş akışını kolaylaştırdıklarını ifade etmişlerdir. Deneyimsiz grupta yer alan katılımcıların da kritik stok yönetimi gibi çeşitli yönetim araçları kullandıklarını aktarmışlardır. Her iki grup da yakın sayıda bildirimde bulunmuşlardır. Bir alt düzey yönetici ise hemşirelerin malzeme kaçakları açısından hizmet girmesinin çok önemli olduğunu ve bunu gerçekleştirerek kuruma ciddi destek sağladıklarını ifade etmiştir. Katılımcıların ifadelerinden bazı alıntılar aşağıda paylaşılmıştır.

“...Tıbbi malzemelerde kılavuzlarımız var. Daha önceki sarfiyatlardan yola çıkarak oluşturulmuş. Depodan temin sürecini de dikkate alarak hafta da iki gün talep yapıyorsak iki gün yetecek kadar stok miktarlarını oluşturalım, minimum, kritik, maksimum seviyeleri ona göre oluşturuyoruz. Oralara uyuyoruz. Tamamlanmış olan yerler var, çalışması devam eden yerler var. Bu Kanban çalışmaları kliniklerde yapılıyor. O stok listenizdeki miktarlara göre tabi kendi çalışmalarını yürütüyorlar. Stok yönetimini de ona göre yapıyoruz...” Deneyimli\K3, Ort.

“...Biz burada zaten yalın çalışmayla ilgili bir stok yönetimi oluşturduk, onları arkadaşlara öğrettik, eğitimini de verdik onlar hani malzeme azaldığında, kendileri hani bittiğinde söyleyip ya da en arkadakini öne çekerekten düzenlemeye geçiliyor. Ekip olaraktan bu uyumu yakaladığımızı düşünüyorum. Bazen aksaklıklar olabiliyor ama hemen hemen yakaladığımızı düşünüyorum...” Deneyimli\K9, Alt

“...Malzeme açısından. Aslında verimlilik SKS açısından bizden istemiş olduğu bir şey. Mesela özellikli birim haricinde olanlar depolarına günlük hasta istemi üzerinden yaptığı kadar malzeme çekebiliyorlar, ilaç çekebiliyorlar. Malzemeleri en fazla beş günlük çekebiliyorlar.”
Deneyimsiz\K36, Ort

4.3.13. Hatasızlaştırma

Katılımcılar, sağlık hizmeti süreçlerinde çeşitli hatasızlaştırma teknikleri kullandıklarından bahsetmişlerdir. Formları ve süreçleri yalınlaştırdıkları, hatayı önleyecek standartlar getirdiklerini aktarmışlardır. Her iki gruptan da eşit sayıda bildirim gelmiştir.

“...Bunu mutlaka kullanıyoruz özellikle mesela şey yapıldığında; bir alanda uygulama hatalarını azaltmak istediğimizde, bu hani diyelim ki ilaç uygulama hataları bir problemi hani yalınla birlikte öğrendiğimiz bazı teknikler var. Bu teknikleri kullanmaya çalışıyoruz işte mesela eczane süreciyle ilgili, eczane sürecinin istenilen şekilde çalışması açısından, işte diyelim ki ilaçların daha kısa sürede klinik alanlara ulaşması anlamında. Bununla ilgili farklı farklı düzenlemeler yapıldı, çalışmalar yapıldı. Bu farklı alanda da şu anda mesela yalınla ilgili aktif bir çalışma olmamasına rağmen kullanılıyor...” Deneyimli\K11, Ort.

“...Mesela ilk bu yalın eğitimi aldığımızda bir tane formumuz vardı. 25 tane maddesi vardı formun. Ameliyata hasta hazırlık formu ama biz hala ameliyata iç çamaşırıyla hasta indiriyoruz, yüzüğüyle indiriyoruz, dişiyle hasta indiriyoruz, ondan sonra hemşireye sorduğunda bakıyorsun formda evet işaretlenmiş ya neden bunu böyle yaptın, işaretlemişsin ama yapmamışsın. Orada onu işaretliyoruz, burada bunu işaretliyoruz diyor, gözümünden kaçıyor atlamaşız diyor. Mesela o formu oturup, yalınlaştırdığımızda adım sayısı kaçta düştü. 25 maddeden 9 maddeye düştü. Geriye kalan 16 madde gereksiz yaptığımız şey ya da birilerinin işini yapıyormuşuz, birini kontrol ediyormuşuz. Biz o formu yalınlaştırmak bile bir kere ameliyata hatalı hasta indirme oranımız neredeyse sıfırlanmıştı yani...” Deneyimli\K1, Üst

“...Hata yani şöyle yani ilaç hatası falan bakıyorum da hani en sık ilaç hataları yine böyle literatürde en sık ilaç hataları hani. Yanlış ilaç, yanlış hasta gibi ama onlara eskisi gibi artık şey olmuyor çünkü bileklik kullanıyoruz, işte ilaçları tekrar tekrar kontrol ediliyor falan, kalite süreçleri tabi. Çok çok fazla kalmadı...” Deneyimsiz\K27, Hem.

4.3.14. Sürdürülebilirlik

Katılımcılar, yalında önemli olanın sürdürülebilirliği sağlamak olduğunu, bu konuda iş yükü ve devir hızının fazla olması, gereksiz bir uygulama olarak görülüp kabul görmemesi, tüm ekipte bu uyumun yakalanamaması gibi engellerden bahsetmektedirler. Yalın yönetimde gönüllü olma, hekimlerin sürecin içinde daha fazla yer alması, birilerinin yalın liderlik göstermesi ve ekipçe çalışma önerileri getirilmiştir. Bu alt temada sadece YS’de deneyimli gruptan bildirimler gelmiştir. Katılımcıların ifadelerinden elde edilen alıntılara aşağıda yer verilmiştir.

“...Yani her türlü çalışmanın mutlaka, tabii ki bir katkısı var. Derecesi ölçülebilir, tekrarı gerekebilir. Bizim için önemli olan sürdürülebilirliği sağlamak...” Deneyimli\K3, Ort.

“...Yani evet biz bunların eğitimlerini aldık, bunların sınavlarına girdik. Diploma kazanma şansını elde ettik sınavlar sonrasında ama inanın ki yoğunluktan bazen yalın çalışmalarla ilgili yani hemşire bazlı söylüyorum tabii bu işi çok iyi yapan kalite birimimiz var. Çok güzel örnekler var. Bizlere örnek olmaya çalışıyorlar ama yoğunluktan hastaneden yani yalın çalışma ile ilgili bir proje üretiyoruz ama projenin bazen devamlılığını sağlayamayabiliyoruz. Sağlasak aslında herkesin işini de kolaylaştırıyoruz...” Deneyimli\K5, Hem.

“...Gönüllü olmak. Eğer bu işi (yalın sağlık) yapacaklarsa da kesinlikle bir kontrol mekanizmasının olması lazım. Tek kişilik olacak bir iş değil bu, ekiple olması lazım. Gönüllük zaten ekipçe olmak demek. Yani bu ekibin başında bir kişi varsa, alttakiler bilgiyi zincirleme olarak bir yetkiliye vermek zorunda. Bu yetkili de bunu kontrol etmek zorunda. Sürdürülebilirliğini görmek zorunda. Bunu diyebilirim yani gönüllü olduktan sonra her şey olabilir. Ha gönüllü hemşireler hep var var zaten ama bu biraz da hekim bazında da olması lazım. Evet böyle düşünüyorum ben...” Deneyimli\E10, Hem.

“...Bazı ekiplerle uygulanabilirlik açısından zor. Daha stabil alanlarda, polikliniklerde, kliniklerde bu daha ama yoğun bakım ve acil için bazen bu çok zor. Ekip uyumunun bilincinde olmamız lazım. Bazı arkadaşlar bunu çok gereksiz olarak görüyor...” Deneyimli\K5, Hem.

4.3.15. Görsel Yönetim

Görsel yönetim tekniği, katılımcıların yalın deneyimleri fark etmeksizin, faydalarını anlayıp kullandıkları bir uygulama olduğu saptanmıştır. Her iki gruptan da eşit sayıda bildirim gelmiştir. Katılımcılardan gelen görüşlerden yapılan alıntılar aşağıda yer almaktadır.

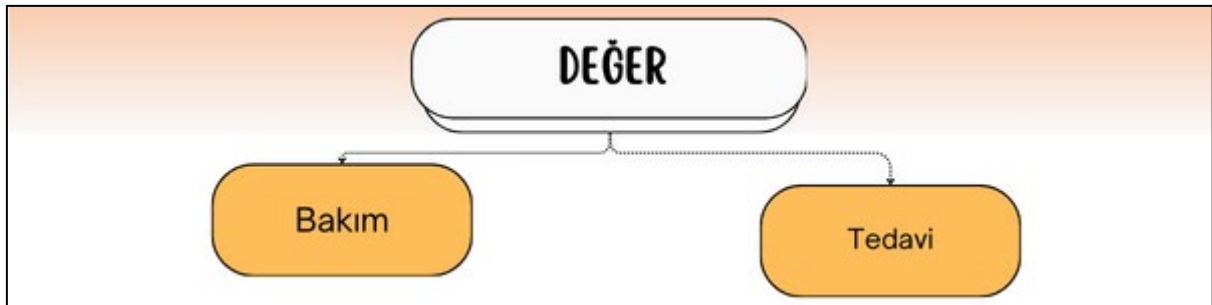
“...Görsel şeyler, dokunsal, işitsel şeyler kullanılarak, ortam yaratarak hissettirdiğiniz şeyler hem daha keyifli kılıyor hem daha kalıcı ve de onu kullandığında daha olumlu şeyler elde ediyorsun...” Deneyimsiz\K34, Hem.

“...Ameliyathanede çok fazla gereksiz telefonlaşma da çok oluyor. Bunların önüne nasıl geçebiliriz çözmeye çalıştık. Ameliyathanenin ziline ilgili numaraları yazdık, sadece ilgili kişiyi arasın, çok bölmeyelim diye...” Deneyimli\K3, Ort.

“...Bütün depoları aynı yere topladık yani; çarşaf deposu, medikal depo, temizlik deposu. Oraya raf dağıtımında raflar aldık; düzenledik işte artık yastıklar böyle saçma sapan yerlerde ya da poşetlerde değil; raflarda muntazam silinmiş yerlerde, isimlerini yazdık işte; büyük çarşaf, küçük çarşaf, büyük yastık, küçük yastık. Eskiden malzemeler karton kutularda, içi görünmeyecek. Malzemelere dışarıdan bakıyorsun ama dibinde mi, en üstünde mi malzeme ihtiyacı ne kadar göremiyorsun. Hocam şeffaf kutular aldı, biz ondan rica ettik. İşte şimdi depomuz daha düzenli, içi görülebilir, işte ne kadar olduğunu kestirebileceğin malzemelerle dolu...” Deneyimsiz\K25, Alt

4.4. DEĞER ANA TEMASINA İLİŞKİN BULGULAR

Katılımcıların hizmetten faydalananların temel beklentisi olan faaliyetlerine ilişkin bildirimleri Değer ana teması altında derlenerek iki alt tema oluşturulmuştur. Değer ana temasında yer alan alt temalar Şekil 4.7’de gösterilmiştir.



Şekil 4.7: Değer ana teması ve alt temaları

Katılımcıların ifadelerinde **Bakım** alt temasına yönelik bildirimlerin daha ağırlıklı olarak yer aldığı, **Tedavi** alt temasına yönelik bildirimlerin ise daha az temsil gücüne sahip olduğu belirlendi (Şekil 4.7)

4.4.1. Bakım

Katılımcılardan gelen görüşlere göre; en bağımsız rolleri olan hemşirelik bakımı, iş süreçlerinde yarattıkları temel değerdir. Katılımcıların bu alt temadaki ifadelerinden alıntılara aşağıda yer verilmektedir.

“...Benim evet primerde en önemli işim, hasta bakımı ve hasta bakım kalitesini artırmak...”
Deneyimsiz\K28, Ort.

“...Bizim aslında en değerli yaptığımız şey bakım vermek yani bizim zaten asıl şeyimiz bu. Yani bizim aslında hemşire olarak ilk başlatmamız gereken hastanın bakımına odaklanmamız, hastanın hastane içerisinde olduğu süreçte onu en iyi şekilde... Hemşirelik hizmetleri sunumunda bizim aslında en değerli uygulamamız hastaya verdiğimiz bakımımız. Sonrasında tedavi edici rolümüz bunlar geliyor, bunlar bizi zaten meslek yapan uygulamalar...”
Deneyimsiz\K30, Hem.

“...ama vaktini zamanını hastanın bakım ve organizasyonunu ile çok iyi entegre edilmiş bir sarmal içinde olmalı diye düşünüyorum. Tamamen hasta odaklı...” Deneyimsiz\K34, Hem.

4.4.2. Tedavi

Katılımcılar değerli işler kapsamında; temel mesleki rolleri olan hastanın bakımının yanında tedavi uygulamayı da görmektedirler. Katılımcıların bu alt temadaki ifadelerinden alıntılara aşağıda yer verilmektedir.

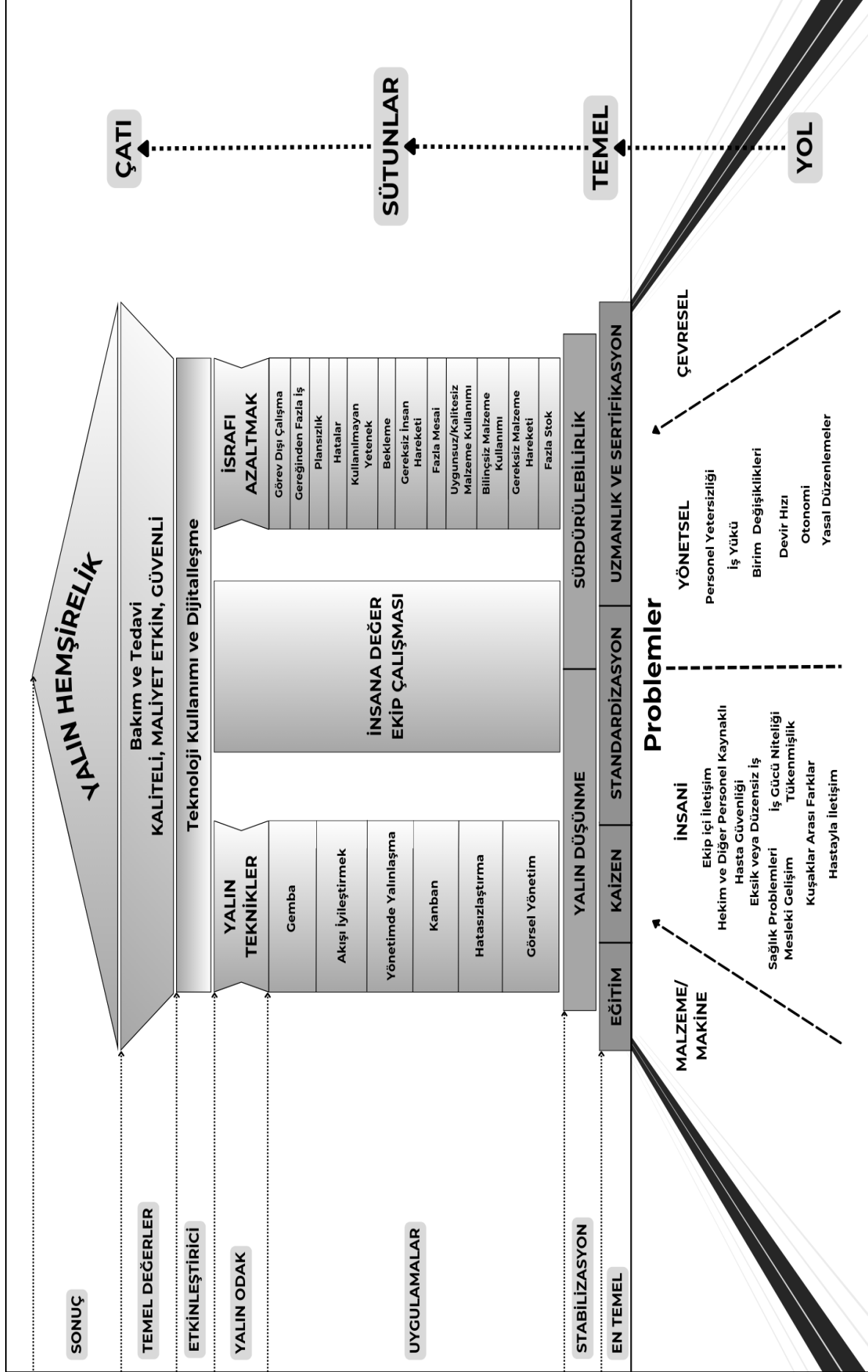
“...Tabii ki tedavi doktorun orderını uygulamak hemşirenin görevi zaten onun için oradayız. Hasta bakımını planlamak hemşirenin görevi, yani birincil görevlerinden birisi...”
Deneyimsiz\K26, Hem.

“...Yani hemşirelik öncelikle tabi hastaların sağlık alanı açısından tıbbi kısmındayız aslında. Acil servis olarak değerlendirirsek şu anda; hastalara sağlık açısından, damar yolu açmak, serum takmak, kan tahlillerini almak, EKG çekmek ve resüsitasyonda bulunmak, acil müdahale vb. biz tıbbi müdahale kısmındayız hastanın...” Deneyimli\K5, Hem.

“...ya bence hepsi önemli hepsi ayrı ayrı. Hastanın devrinin düşmüş olması da çok önemli, ilacının aynı saatte antibiyotiğinin yapılmış olması da önemli, kan şekereğinin takibi de önemli, AÇT takibi de önemli. Hepsi önemli...” Deneyimli\K16, Ort.

4.5. MODEL ÖNERİSİ

Bu bölümde, nitel araştırmadan elde edilen ana temalar, alt temalar ve kodlar bir araya getirilerek hemşirelik hizmetleri yönetiminde YY’ye ilişkin bir model önerisi oluşturulmuştur. Yalın sağlıkta hemşirelik hizmetlerine yönelik oluşturulan yalın ev modeli Şekil 4.8’de verilmiştir. Aşağıdan yukarıya bir ev inşa etmeyi temsil eden modelde "Yol" (Problemler), "Temel" (En temel ve Stabilizasyon), "Sütunlar" (Yalın odak, Uygulamalar) ve "Çatı" (Etkinleştirici, Temel Değerler ve Sonuç) olmak üzere dört ana bileşenden oluşmaktadır. Yol, problemlerin başlangıçtaki yükü gösterirken, problemlerin belirlenmesinin önemini vurgular. En temelde başlarken; eğitim, kaizen, standardizasyon ve uzmanlık/sertifikasyon süreçlerinin ele alınması önerilir. Sütunlar üç tanedir; israfı azaltmak, yalın teknikler ve insanı-ekibi temel alır. Çatı bölümünde etkinleştiricide; teknoloji kullanımı ve dijitalleşmenin önemi gösterilmektedir. Bir üst aşamada temel değerler; kaliteli, maliyet etkin, güvenli bakım ve tedavi olduğu vurgulanmaktadır. Bu yalın yolculuğun sonucunda, başarılı bir "Yalın Hemşirelik" uygulamasının sağlanabileceği önerilmiştir.



Şekil 4.8: Model önerisi

5. TARTIŞMA

Olguları derinlemesine analiz etme olanağı sağlayan nitel araştırma tasarımı seçilerek yürütülen bu çalışmada, Türkiye’de sağlık alanında henüz yerleşmeye başlayan bir yönetim anlayışı olan **yalın sağlık** kavramının hemşirelik hizmetleri yönetimi perspektifinden değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Bu amaçtan yola çıkılarak hemşire ve yönetici hemşirelerin YY ve YS ile ilgili görüş ve deneyimlerinin ortaya konması yoluyla yalın hemşirelik olgusuna yönelik bir model önerisi sunmak hedeflenmiştir. Bu çalışma kapsamında Türkiye’deki yalın hemşirelik alanındaki en belirgin deneyimlerden yararlanmaya çalışılarak hem YY ve YS konusunda daha önce eğitim almış ve çalışmalarda bulunmuş deneyimli katılımcılarla hem de henüz bu konularda herhangi bir deneyimi olmayan katılımcılarla görüşmeler yapılmıştır. Bu sayede deneyimli ve deneyimsiz grupların ifadeleri arasında karşılaştırma ve çıkarım yapma fırsatı elde edilmiştir. Araştırmanın bulguları doğrultusunda elde edilen çıkarımlar aşağıdaki sıra ile tartışılacak ardından da sonuç ve önerilere yer verilecektir.

1. Hemşirelik hizmetleri sunumu ve yönetiminde yalın deneyimler: Yalın hemşirelik
2. Yalın ev modelinin yalın hemşireliğe uyarlanması: Bir model önerisi

5.1. HEMŞİRELİK HİZMETLERİ SUNUMU ve YÖNETİMİNDE YALIN DENEYİMLER: YALIN HEMŞİRELİK

Bireysel derinlemesine görüşmeyle elde edilen bulgular neticesinde; **Problemler, İsrâflar, Sürekli Gelişim** ve **Değer** şeklinde dört ana tema belirlenmiş ve bu ana temalara bağlı 33 alt tema, **Problemler** ana teması altındaki İnsani ve Yönetimsel alt temalarında toplam 17 kod yer almıştır.

5.1.1. Problemler

Hemşireler hizmet sunumunda ve yönetim süreçlerinde yaşadıkları israfların yanında çeşitli problemlerden bahsetmişlerdir. Yalın bakışla değerlendirildiğinde, her problem israfa neden olmasa da her israf bir problem olarak görülmektedir. İsrâfların tespiti ancak problemlerin ele alınması yani yönetilmesi ile mümkündür ki bu açıdan problemleri odağa almadan yapılan yalın etkinliklerde çeşitli israfların kaçması olasıdır.

Hemşirelik hizmetleri yönetimindeki problemlere neden olan etmenlerin çok boyutlu olduğu düşünülmektedir (Erdem, 2021). Bu bölümde; hemşire katılımcılardan bildirilen problemler, **insani, yönetsel, malzeme/makine ve çevresel** olmak üzere dört alt temaya ayrılmıştır. Yalın bir yönetim modeli olduğundan yönetsel süreçler temel görülebilir. Daha önce de belirtildiği gibi, yalının odaklarından biri insandır ve yalın bakış açısıyla insan kaynaklı problemler bu alt temada yer almıştır. İş süreçlerinde malzeme/makineyle ilgili süreçlerin ve çevresel faktörlerin israfları oluşturmada direkt veya dolaylı etkili olduğunu belirtildiğinden, bu alt temada yer verilmiştir. Çevresel alt temasında hastanedeki fiziksel alanların; uzaklığı, fonksiyonel olmaması gibi mimari problemler ele alınmıştır.

5.1.1.1. İnsani

İnsani problemler, insan kaynaklı problemleri temsil etmektedir. Yapılan görüşmelerde katılımcı hemşirelerden gelen bildirimlerle; **ekip içi iletişim, hekim ve diğer personel kaynaklı, hasta güvenliği, eksik veya düzensiz iş, sağlık problemleri, mesleki gelişim, iş gücü niteliği, tükenmişlik, kuşaklar arası farklar ve hastayla iletişim** olmak üzere on kod oluşturulmuştur.

Katılımcılar, insani alt temasında en fazla diğer mesleki gruplarla iletişimde yaşadıkları problemleri bildirmişlerdir. Sıralama da ikinci kod, hekim ve diğer personelle ilgili süreçleri içermektedir. Bu koddaki problemler; hatalar, eksik işler ve alanda yer almama olarak belirtilmiştir. Ayrıca, bazı hemşirelerin problemleri çözmek için hekim ve diğer personellerin görevlerini üstlenerek görev dışı çalıştıkları ortaya konmuştur. Özellikle, hemşirelerin klinik süreçlerdeki bilgi ihtiyaçlarının hekimler tarafından yeterince giderilmediği bu çalışmayı destekleyen bulgulardan biridir (Wen vd., 2017). Nitekim, sağlık çalışanları arasındaki iletişimin zayıflığının hastaların etkili tedavi ve bakım almalarını engellediği belirtilmektedir (Zwarenstein vd., 2013).

İş yükü, sağlık problemlerini artırmakta; artan sağlık problemleri alınan izin ve raporlarla iş planlamalarını bozmakta ve dolayısıyla problemler kısır döngüye girmektedir. Bu duruma çözüm olarak birim değişiklikleri probleminin de ortaya çıktığı anlaşılmaktadır. Hemşirelerin sağlık problemlerinin yarattığı en büyük etki, hastalık raporu alınmasıyla gerçekleşen iş gücü kaybıdır (Gohar vd., 2021). Bu konuda, özellikle ruhsal zorlukların hemşirelerin rapor almasında etkili olduğu belirtilmektedir (Booker vd., 2020). Çin’de hemşireler üzerinde gerçekleştirilen kapsamlı bir incelemede; 1998-2016 yılları arasında hemşirelerin ruh sağlığı düzeylerinin istikrarlı bir şekilde azaldığı görülmüştür (Xin vd., 2019). Aşırı iş yükü, stres, fazla

mesai ile beraber gelen tükenmişliğin, hemşirelerin daha çok hastalık raporu almasını teşvik ettiği birçok çalışma bulgusudur (Banks & Pearson, 2021; Kowalczyk vd., 2020). Bir yönetici katılımcı, özellikle COVID-19 pandemisinden dolayı iş gücü planlamasında ciddi problemler yaşadığını, personel izin isteklerine olumlu yanıt veremediğinden bahsetmiştir. COVID-19'da hemşirelerin sağlığının ciddi oranda etkilendiğini raporlayan çalışma örnekleri vardır (Aruna Jothishanmugam vd., 2020; Galanis vd., 2021).

Hemşireler, nitelsiz iş gücünün lisans eğitiminin yetersizliğinin bir çıktısı olduğunu düşünmektedir. Ayrıca, meslektaşlarının gelişimini olumsuz etkileyen faktörler arasında geleneksel davranışlar, çabalamama ve yeniliğe kapalılığı göstermişlerdir. Hemşirelik lisans eğitiminin niteliğine yönelik eleştiriler uzun yıllardır süregelenmiştir. Hatta ulusal boyuttan öte, mesleğin küresel boyutta bir problemi olarak görülmektedir (Keating vd., 2020). Bu çalışmada katılımcıların eğitim konusunda yeni mezunların teoride anatomi, uygulamada temel yaşam desteği gibi temel süreçlerde eksik olduklarını belirtmişlerdir. Bir diğer problem de mesleki gelişimdir. Bir katılımcı, hemşire-hekim kıyaslamasında; hemşirelerin bilimsel çalışmalardan uzak olunduğunu, tembellik yapıldığını ama aynı zamanda çok desteklenmediğini belirtmiştir. Nitekim, kanıta dayalı uygulamalar veri yorumlama becerileri gerektirdiğinden hemşirelerin bilimsel araştırmalara katılımı önem arz etmektedir (Despotović vd., 2020; Sy, 2020). Araştırmalar genelde hemşirelerin kanıta dayalı uygulamalar konusunda farkındalıklarının olduğunu ancak zaman yetersizliği, bilgi eksikliği gibi durumları araştırma yapmalarına engel olarak görmektedirler (Krajnc & Kadivec, 2019).

5.1.1.2. Yönetmel

Yönetmel problemler, kurum bünyesindeki yönetmel süreçlerde engel teşkil eden problemleri temsil etmektedir. Yapılan görüşmelerde katılımcı hemşirelerden gelen bildirimlerle; **personel yetersizliği, iş yükü, birim değişiklikleri, devir hızı, ücret yönetimi, otonomi ve yasal düzenlemeler** olmak üzere yedi kod oluşturulmuştur.

Katılımcılar, hemşire yetersizliğini büyük bir sorun olarak görmektedir. Bunun yanında, destek personeli, sekreter gibi diğer personellerin eksikliğinin de çeşitli sorunlara neden olduğunu ve dolayısıyla iş yüklerinin arttığını, görev dışı işler üstlendiklerini, birim değişiklikleriyle (ihtiyaca göre çekilme) beraber bu süreçlerin hastaya yansması gibi durumlardan bahsetmişlerdir. İş yükü; personel eksikliğinin haricinde, tedavilerin fazlalığı, kalite süreçleri, hasta dosyaları ve hasta ile yakınlarının her türlü taleplerine cevap verme gibi işlerle ilişkilendirilmiştir. Hemşire açığının sağlık hizmetleri üzerinde önemli etkisi olduğu

bilinmektedir. Örneğin, hemşire kaynağının yetersiz olduğu durumlar iş yükünün artmasına neden olmakta bu da dolaylı yoldan sağlık hizmetinin kalitesini düşürmektedir (Tamata & Mohammadnezhad, 2023). Nitekim, hasta/hemşire oranının yüksek olduğu hastanelerde hemşirelerin tükenmişlik ve memnuniyetsizlik yaşadığı, hatta bu durumun mortalite oranlarını etkilediği deneyimlenmiştir (Haddad vd., 2023).

Birim değişikliklerini, hemşireler çözülmesi gereken bir problem olarak görmektedirler ve olumsuz etkilerinden bahsetmişlerdir. Bıkmaz'ın (2019) çalışmasında da benzer şekilde, hemşirelerin gittikleri servisin düzenini, o bölüme özgü hastalık ve uygulamaları bilmemeleri en çok rahatsızlık duyulan durum olarak tespit edilmiştir. Özel hastanelerde çalışan katılımcıların ise; devir hızı konusundaki şikayetlerinin daha yaygın olduğu görülmektedir. Bu durum baskıcı yönetim, yetersiz ücret ve kamuya geçiş gibi faktörlere bağlanmaktadır. Hemşire devir hızı konusunda ülkemizde çok kapsamlı çalışmalar bulunmamakla beraber, bir üniversite hastanesinde %35,29 tespit edilmiştir (Kaynak & Öztuna, 2020).

Dahası, katılımcılar tarafından, yeni jenerasyonlar yani Y ve Z kuşağının kolay iş değiştirdiği, tercihlerinde ücrete daha çok önem verdikleri belirtilmiştir. Türkiye’de yapılan bir araştırmada benzer şekilde X kuşağı hemşirelerin Y ve Z kuşağına göre mesleki bağlılıkları daha çok bulunmuştur. Ancak hemşirelerin genel bağlılık ortalama yüksek saptanmıştır (Gökalp, 2021). Son yıllarda yapılan çalışmalarda özellikle işe yeni başlayan hemşirelerin işten ayrılma oranlarının yüksek olması, kuşakların farklı tercihleri olduğunu düşündürülebilir (Kim & Kim, 2021; Park & Ko, 2020). Henüz Z kuşağıyla ilgili çalışmalar kısıtlı olsa da X ve Y kuşakları arasındaki çalışmalarda bu belirgin düzeydedir (Mert Haydari vd., 2016). ABD’deki hastanelerden sunulan kapsamlı bir raporda; hastanelerin son beş yılda iş gücünün tamamından fazlasını devrettiği gerçeği yatıyor (NSI Nursing Solutions, 2023). Anlaşıldığı gibi, devir hızı problemi önümüzdeki yıllarda da popülerliğini koruyacak görünüyor.

Katılımcılar, yasal düzenlemelerin kendilerini korumadığını, eğitimsel reformların sorunlara çözüm getirmediğini düşünmektedirler. Aslına bakılırsa, 2011 değişikliği ile Hemşirelik Yönetmeliği bağımlı, bağımsız roller ayrımına kadar tanımlanmış en detaylı meslek yönetmeliklerinden biri olabilir. Ancak, hemşirelerin bunu uygulamaya geçiremediği anlaşılmaktadır. Ayrıca, bazı katılımcılar başhekimlikle otoritesine bağlı kalan başhemşirelik hizmetlerinin yeterince bağımsız olamadığını açıklamaktadır. Genel olarak, katılımcılar

hemşirelerin kendi karar verme mekanizmasına yani yeterli otonomiye sahip olması gerektiğini vurgulamaktadır.

5.1.1.3. Malzeme/Makine

Yalın sağlık, maliyet odaklı yönelimi itibarıyla fazlalıklara yani israflara odaklı bir anlayış üzerine kurulmuştur. Ancak, kaynakların eksikliği de hizmet sunumunda bir o kadar anlam ifade eder. Sarıhan ve Yazar (2021) malzeme eksikliğinin ve kalitesiz malzemelerin olmasının hemşirelerin ve teknikerler üzerinde motivasyonu düşürücü etki yaptığını belirtmiştir. Aynı paralellikte bir çalışma da kısıtlı kaynakların personelin performansını düşürdüğünü ortaya koymuştur (Leite vd., 2020). Yapılan görüşmelerde, hemşireler malzeme/makine eksikliğinden birçok temel işlerinin aksadığını ve iş yüklerini arttığını belirtmişlerdir. Hatta katılımcılardan biri eksiklikten kaynaklı israf yapmalarının söz konusu bile olmadığını aktarmıştır. Ayrıca bir YY’de temel israf olan gereksiz malzeme hareketi; bu araştırmada önerilen uygunsuz/kalitesiz malzeme ve bilinçsiz malzeme kullanımı israfları doğrudan bu problemin önemine ışık tutmaktadır.

5.1.1.4. Çevresel

Görüşmelerden elde edilen verilere göre; katılımcılar, fonksiyonel olmayan mimari tasarımın, adım sayısı ve iş yükünü artırdığını belirtmişlerdir. Hasta odaları, tuvaletlerin hemşire deskeine uzak olması; eczane gibi gidilen birimlerin klinikten uzaklığı bir sorun olarak görülmektedir. Dolayısıyla hareket israfının kaçınılmaz olduğu görülmektedir. Türkiye’deki hastane yapılarını değerlendiren Bıkmaz (2019) da mimari açıdan yalın anlayıştan uzak olmakla nitelendirmiştir.

Yürümek genellikle işin bir parçası olarak değerlendirilse de yalın anlayışta nadiren değer katan bir faaliyet olarak görülür (Grabau, 2011). Karvonen ve diğ. (2023) hemşirelerin klinik hareketlerini analiz ettiklerinde; hemşirenin çoğu zamanın hasta odaları ile hemşire deski arasında geçtiğini raporlamıştır. Bu açıdan, yalın odaklı tasarımlar önerilmekte, mimarlar ile sağlık çalışanların ortak yürüttüğü hastane projeleri destek görmektedir (Chbaly & Brunet, 2022).

5.1.2. İsraflar

Yalın yönetim anlayışına ilişkin mevcut literatürde başlangıçta yedi israf (Ohno, 1988) tanımlanmış olup; ardından yalının batıya açılmasıyla sekizinci israf olan yetenek israfı dahil edilmiştir. Ancak, günümüzde çeşitli alanlarda yapılan çalışmalarda araştırmacılar tarafından alana özgü israfların önerildiği görülmektedir (Sutrisno vd., 2018). Bu araştırmada, sekiz

israftan biri olan fazla üretim israfı, gereğinden fazla iş alt temasında birleştirilmiş ve ek olarak beş israf daha tespit edilmiştir. YS konusunda hemşire örnekleminde yürütülen bu araştırmanın bulgularında bu çalışmada literatürde benimsenen israflar olan **kullanılmayan yetenek, gereksiz insan hareketi, gereğinden fazla iş, hatalar, bekleme, gereksiz malzeme hareketi ve fazla stoğa ek olarak görev dışı çalışma, uygunsuz/kalitesiz malzeme kullanımı, plansızlık, fazla mesai ve bilinçsiz malzeme kullanımına yönelik** israflar belirlenmiştir.

Yönetimsel süreçlerde israfların farkındalığı, değer yaratma çabalarında önemli bir aşama olarak kabul görmektedir (Klein vd., 2021). 1980’li yıllarda, Taichi Ohno tarafından önerilen yedi israf çeşidinin, üzerinden geçen süre zarfında yetersiz kaldığına dair eleştiriler birçok araştırmada yer almaktadır. Buna paralel olarak endüstriyel alandaki israfları inceleyerek sınıflandırma yoluna giden Sutrisno ve diğerleri (2018) incelemelerinde; Ohno’nun modelinde, davranışsal, çevresel ve iletişim konularında israfların yer almadığını belirtmiştir.

Yalın sağlık alanında israf çalışmalarında öncü isim sayılan Bush (2007), Amerika’daki Virginia Mason Tıp Merkezinde gerçekleşen çeşitli israfları Ohno’nun 7 ilkesine göre uyarlamıştır. Genel değerlendirmesinde; sağlık sisteminde, çok fazla para, yer, insan ve emek israfının olduğunu, bu israfların kaldırılmasında sağlık çalışanları ve yöneticilerine önemli roller düştüğünü vurgulamıştır. Türkiye’de Institute For Healthcare Improvement tarafından geliştirilen Yatan Hasta İsfraf Tanılama Aracı kullanılarak yapılan bir çalışmada, araştırmacılar sorumlu hemşirelerle birlikte Gemba yürüyüşlerine katılarak gözlemlerde bulunmuş, gözlemleri neticesinde israflar belirlenmeye çalışılmıştır. Çalışmada 332 yatak başı hasta gözlemi yapılmış, 131’inde 142 israf tespit edildiği raporlanmıştır (Şimşir vd., 2013). Yalın sağlıkta, israf önerileri getiren çalışmalar oldukça az olup, yalın anlayış dışındaki çalışmalarda israflar tanımlanmaktadır. Hussain ve Malik’in (2016) Birleşik Arap Emirlikleri’nin kamu ve özel hastanelerde yaptıkları israf araştırması YS’deki tek israf önerisi araştırması olabilir. Aslında, Ohno’nun yedi israfını üç alt boyuta bölerek yapılan araştırma neticesinde; özel hastanelerin fazla stok israfına daha fazla önem verdiği, kamuda da gereğinden fazla iş israfının en fazla görüldüğü katkısında bulunmuşlardır. Bu araştırmada; gereksiz malzeme hareketi haricinde diğer 11 israfta yalın deneyimi olmayan grubun, israfa ilişkin daha fazla sayıda ifade ve örneklerinin olduğu belirlenmiştir. Bu durumun YY’ye ilişkin deneyimi olan hemşirelerin bulunduğu YS uygulamalarının hayata geçirildiği hastanelerde daha az israf yapıldığı şeklinde yorumlanabilir.

5.1.2.1. Görev Dışı Çalışma

Bu çalışmada hem deneyimli hem de deneyimsiz katılımcıların en fazla Görev Dışı Çalışma alt temasında israfa yönelik bildirimlerde bulundukları belirlenmiştir. Bu durum küresel çapta bir sorun olarak Uluslararası Çalışma Örgütü'nün bir raporunda mesleğini icra etmeyen eğitilmiş hemşire sayısının küresel bir sorun olduğu şeklinde yer almaktadır (<https://www.ilo.org>, Erişim tarihi: 29 Ekim 2023). Moreno-Fergusson ve diğerleri (2021) hemşirelerin zamanlarının %50'sinden fazlasında temel rolleri olan hastalara doğrudan bakım vermek yerine, mesleki rolleri dışında işlerle ilgilendiklerini belirtmiş ve bu durumun Kolombiya'da yaygınlığına dikkat çekmiştir. Türkiye'de ise Göktepe ve diğerleri (2020) tarafından gerçekleştirilen çalışmada özel hastanelerde çalışan hemşirelerin, bazı hekim görevlerini sürdürdüğü ve uygulamada görev tanımlarına uygun hareket edilmediğine dikkat çekilmiştir. Bu araştırmanın bulguları değerlendirildiğinde hemşirelerin sadece başkalarının görevlerini yapmakla kalmayıp, başka idari birimlerde de çalıştırılarak israf edildiği saptanmıştır. Küresel çapta ele alınan hemşire açığının ciddi biçimde hissedildiği Türkiye'de sağlık sisteminde yer alan hemşirelerin hemşirelik bakımı yerine görev dışı alanlarda çalışmasının kaliteli ve nitelikli hasta bakımının ve hasta memnuniyetinin önünde engel oluşturduğu düşünülmektedir.

5.1.2.2. Gereğinden Fazla İş

Grabau (2011) tarafından müşterinin beklentisi olan değeri elde etmekten uzak eylemleri ya da isteklerinden daha fazlasını ifade eden Gereğinden Fazla İş, bu çalışmada öne çıkan israf alt temalarından birisidir. Araştırmada, hemşire katılımcılar en çok tekrarlı kayıtlardan şikâyet etmekte ve bunu gereksiz doküman ve dosyalar olarak nitelemektedirler. Katılımcıların ifadelerine göre birçok uygulama halen hem yazılı hem elektronik olarak tutulmaktadır. Ne yazık ki; doküman fazlalığı halen sağlık hizmetlerinde bir iş yükü problemi olduğu bilinen bir olgudur. Güncel bir çalışmada dokümantasyon yükü ile hemşirelerin tükenmişlikleri arasında ilişki olduğu gösterilmekte (Gesner vd., 2022), başka bir çalışmada ise çalışma saatlerinin önemli bir bölümünü aldığı ve motivasyon kaybına yol açtığı belirtilmektedir (Cooper vd., 2021). Her ne kadar hemşirelerin, dokümantasyon için harcadıkları zamanı olduğundan fazla tahmin etme eğiliminde olduklarına yönelik değerlendirmeler olsa da (Cooper vd., 2021) hasta verilerinin tam entegrasyonunun hemşirelerin iş yükünü azaltabileceği gibi, kalan sürede verileri daha iyi sentezleyip yorumlayabilmelerine fırsat sunabilir (Collins vd., 2018). Endüstri 4.0'ın, yapay zekânın ve sağlık alanında dijitalleşmenin hızla hayata geçtiği günümüz koşullarında HBYS'nin teoride kullanıcı dostu ve pratik olması beklenirken uygulamada israfa yol açması düşündürücü bir durum olarak değerlendirilebilir.

5.1.2.3. Plansızlık

Yalın sağlıkta katılımcıların ifadeleri doğrultusunda öne çıkan Plansızlık alt temasında, gerçekleştirilen uygulamalarda belirgin bir standardın eksik olmasına ve her bireyin iş süreçlerinde kendi davranış biçimine sahip olmasına vurgu yapılmaktadır. Katılımcılar rutin işlerin etkili ve verimli bir şekilde yönetilebilmesi için planlamaya ihtiyaç olduğunu belirtmişlerdir. Hemşirelerin en bağımsız rollerinin bulunduğu alan hemşirelik bakımındır ve bu alanda planlı ve standartlaştırılmış hemşirelik bakımının sağlanması üzerine uzun yıllardır kanıt temelli tanılama ve bakım uygulamaları kullanılmaktadır (Ackley vd., 2021). Hatta günümüzde profesyonel hemşirelik bakımı için kanıt temelli standartlarının kullanılması bir gerekliliktir (Iannicelli vd., 2019). Hemşirelerin standartlaştırılmış bakım planlarını uygulamakta direnç göstererek bu konuda iş yükü, personel yetersizliği, yetersiz eğitim seviyesi ve motivasyon gibi engeller sıraladığı raporlansa da bakım planlarının daha az zaman ve daha az evrakla iş yükünü azaltabileceğinin altı çizilmektedir (Desai vd., 2019; Rietze vd., 2018). Plansızlığa ilişkin olarak Creed ve diğerleri (2019) tarafından gerçekleştirilen ampirik bir çalışmada hemşirelerin, narkotik ilaçlar için eczaneye yaptıkları plansız ziyaretleri nedeniyle zamanlarını israf ettiğini belirlenmiş, yapılan hizmet iyileştirme çalışmalarıyla beraber gereksiz insan hareketi israfının da azaltıldığı, 17.755€ maliyetten tasarruf edildiği belirtilmiştir. Bu araştırma sonucunda da plansızlık ile gereksiz insan hareketi israfları arasında ilişki olduğu bulunmuştur. Hemşirelerin günlük iş rutinlerini oluşturabileceği hemşirelik bakım planlarının hazırlanması, klinik yol haritaları ve iş akışlarının oluşturulması plansızlığın önüne geçebilir. Diğer yandan standartlaştırılmış uygulamaların kurum içinde sağlanarak plansızlık israfının giderilmesinde hemşirelere yönetsel destek sağlanmasının bir gereklilik olduğu da belirtilmektedir (Rietze vd., 2018). Yönetici hemşirelerin YS uygulamaları konusunda bilinçlendirilmesi ve farkındalıklarının artması yolu ile iş süreçlerinde standartlaşma sağlanarak plansızlık neticesinde oluşan israfların önüne geçilebileceği düşünülmektedir.

5.1.2.4. Hatalar

Sağlık hizmetlere hataya karşı çıkı duyarlıdır ve yapılan hataların geri dönüşü olmayan sonuçları olabilir. Bu nedenle sağlık hizmetlerinde sıfır hata yaklaşımı benimsense de ne yazık ki pek çok istenmeyen ya da beklenmedik olay ile karşılaşılabilir. Diğer yandan hizmet sunumu sırasında yapılan hatalar bir israf olarak ele alınmaktadır. Moreno-Fergusson ve diğerleri (2021) tarafından yapılan bir çalışmada hemşirelik süreçlerinin üçte birine yakınında hata israfı olduğu bildirilmektedir. Türkiye’de yapılan bir çalışmada ise hemşirelerin klinik süreçlerde; tıbbi hatalar yapma, kayıt almama, eksik kayıt alma ya da zamanında almama, tedavi süreçlerini

unutma gibi hatalar yaptıkları bildirilmiştir (Uzun & Cerit, 2019). Bu araştırmaya katılım sağlayan hemşireler de benzer hatalar bildirmiş olup; personel yetersizliği, iş yükündeki fazlalık, kanıt temelli uygulamalara uymama, gelenekselci bakış açısı ve kişinin istemediği bir alanda çalıştırılmasına karşı tepkisel tutum gibi faktörlerin etkilerine değinmişlerdir. Ayrıca yönetsel süreçlerde yaşanan bir hataya örnek olarak yönetici bir katılımcı; hekim kaynaklı bir sorunu hemşirelere yüklemeyi tercih ederek yaptığı bir hatayı fark edip düzeltme çabasında olduğunu ifade etmiştir.

5.1.2.5. Kullanılmayan Yetenek

Yalın yönetimde bilinen yedi israf süreç odaklıyken, kullanılmayan yetenek israfı insan odaklıdır ve personelden tam verim almayı ifade eder. Sonradan eklenen bir israf olmasından kaynaklı yetenek israfına yönelik ciddi bir literatür birikimi yoktur. Brito ve diğerleri (2019) yetenek israfının önemine dikkat çekmiş ve boyutlarını; ödül, takdir, adalet, eğitim, motivasyon, hedef belirleme, performans ölçümü, özsaygı ve kaynakların sağlanması olarak ele almıştır. Graban (2011), YS uygulamalarında; çalışanların fikir ve görüşlerine önem verilmesi gerektiğinin altını çizerek, sürekli gelişimin bir parçası olmaları gerektiğini vurgulamıştır. Moreno-Fergusson ve diğerleri (2021) hemşirelerin klinik süreçleri üzerinde yaptıkları incelemede kullanılmayan yetenek israfını gözlemleyemediklerini belirtmişlerdir. Ancak bu araştırmada kullanılmayan yetenek hemşireler tarafından en çok belirtilen dördüncü israf olmuştur. Bu çalışmadaki katılımcılar, lisansüstü eğitim alma veya Sağlık Bakanlığı tarafından verilen alan sertifikalarına sahip olmak olarak tanımladıkları deneyim ve uzmanlıklarının kurum yöneticileri tarafından göz ardı edilerek, görev dışı alanlarda çalıştırıldıklarını belirtmişlerdir. Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun'da (2007) uzman hemşire ve yetki belgesine sahip hemşirelerin tanımlanması ve hatta açıkça ifade edildiği gibi “hemşirelikle ilgili yönetim görevlerinde lisans ve lisansüstü eğitime sahip hemşirelerin rüçhan hakları” olmasına karşın, uygulamada bazı sorunlarla karşılaşıldığı bir gerçektir.

5.1.2.6. Bekleme

Bu çalışma kapsamında temel yedi israftan biri olan bu alt temada hemşire katılımcılar beklemenin nedenlerini genelde hekim kaynaklı süreçler ve malzeme-personel yetersizliği olduğunu bildirmişlerdir. Baykara Mat ve Baykal (2020) çalışmalarında da bu çalışma ile uyumlu biçimde hekim kaynaklı zaman israfı tanımlamış, hekimlerin reçete, rapor, epikriz gibi temel rollerini yerine getirmekte geciktikleri ve daha kolay olmasına rağmen işlemlerini HBYS üzerinde yapmakta direnç gösterdikleri belirtilmiştir. Diğer yandan Şimşir ve diğerlerinin

(2013) hemşirelerle hasta başında gerçekleştirdiği israf tanılama çalışmasında; %15,4 ile en çok gerçekleşen ikinci israfın klinik bakımda gecikme yani bekleme israfı olduğunu raporlamışlardır. Örneklemi hemşire olan bir başka araştırmada, klinikteki hemşirelerin yaptığı israf çeşitleri tespit edilmiştir. Bekleme israfı alt temasındaki örneklerde daha çok manuel tutulan kayıtların sebep olduğu beklemeler belirtilmiştir (Uzun & Cerit, 2019). Hastaların beklemekte problem yaşadığı bir başka yer de acil servislerdir. Örnek bir araştırma; çocuk acil servislerde beklemeyi kabul etmeyip terk edenlerin %5 olduğu tespit etmiştir ki bu israf olmasının yanında, hasta gözünden kurumsal itibarın da kaybıdır (Çelenk vd., 2019). Efe ve Engin'in (2012) araştırmaları da aynı benzerlikte; bir acil servisin iş süreçlerini analiz etmiş, israflardan birinin hemşire ve doktorları beklemek olduğunu tespit etmişlerdir. Bu çalışmada bir hemşire, aldığı kan numunelerinin personel yetersizliği nedeniyle beş saat sonra teslim alındığını belirtmektedir. Bu durum sağlık hizmetlerinde kalite ve etkinliğin sağlanması konusunda beklemenin etkilerini anlamak adına düşündürücü bir örnek olarak yorumlanabilir.

5.1.2.7. Gereksiz İnsan Hareketi

Bu çalışmada da katılımcılar gereksiz hareketlerin kaynağını; hastane alanlarının büyüklüğü ve kötü tasarımı yanında dijitalleşememe ve yetersiz personele bağlı örneklerle bildirmiştir. Hastanelerin kötü tasarımı hemşirelerin hareket israflarını etkilediği çok yıllar öncesinden Henry Ford tarafından dile getirilmiş ve mimari açıdan hareket israfını önleyecek klinikler önerilmiştir (Graban, 2011). Bu çalışmada bir katılımcının bir hemşire katılımcı, koridorların genişliğini ambulans geçer şeklinde değerlendirmiş, alanların uzaklığından duyduğu şikâyeti dile getirmiştir. Ayrıca katılımcı hemşireler, 20 bini bulan ciddi adım sayılarının olduğunu belirtmişlerdir. Literatürde gereksiz insan hareketini kısmen belirlemeye örnek olabilecek hemşirelerle adım sayar kullanılarak yapılan çeşitli çalışmalar vardır. Örneğin; iş yükünün yoğun olduğu yoğun bakım tasarımları önem arz etmektedir ve günümüzde izolasyon amaçlı kapalı oda sistemine sahip yoğun bakımlar giderek daha çok tercih edilmektedir. Bu tasarımın, geleneksel açık alan ile farkını inceleyen bir araştırmada, hemşire adım sayılarında önemli bir artış gözlemlenmiştir (Helseth vd., 2017). Acil servis tasarımına yönelik sağlık çalışanları üzerinde yapılan bir incelemede; tasarımın, çalışan performansı ile ilişkili olduğu ve çalışan memnuniyetini artırmada kritik bir etkisi olduğu belirtilmiştir (Fay vd., 2018). Diğer yandan uzun süre ayakta durmak, hemşirelerin özellikle ayak ve ayak bileği bozukluklarının gelişmesi gibi iş sağlığı ve güvenliğini etkileyecek süreçlere de neden olabilmektedir (Bernardes vd., 2023).

Gereksiz insan hareketleri aynı zamanda bekleme israfına da neden olabilmektedir. Bir katılımcı, eczane biriminin uzaklığından bahsetmiş ve personelini gönderdiği zaman diğer işlerinin beklediğini belirtmiştir. Öte yandan, sahadan da bilindiği gibi hemşirelerin narkotik ilaçları eczaneye giderek birebir teslim almaları sahadan bilinen bir örnektir ve bakım süreçlerini etkilediği raporlanmıştır (Creed vd., 2019).

5.1.2.8. Fazla Mesai

Uluslararası Çalışma Örgütü'nün 149 sayılı Hemşirelik Personeli Tavsiye Kararlarında hemşirelerin haftalık mesai saatinin 40 saate indirgenmesi ve fazla mesai de dahil olmak üzere günlük çalışma süresinin 12 saati geçmemesi gerektiği vurgulanmakta, haftalık çalışma süresinin 40 saati aştığı durumlarda çalışanların ücretlerinde herhangi bir indirimle gidilmeksizin çalışma sürelerinin azaltılmasının altı çizilmektedir (<https://www.ilo.org>, Erişim tarihi: 29 Ekim 2023). Ancak Türkiye bu sözleşmede imzacı değildir ve hemşirelerin çalışma süreleri iç hukuk düzenlemeleri ile belirlenir ve uygulamada hemşireler çoğunlukla fazla mesai yapmakta, günde sekiz saatten haftada ise 45 saatten fazla çalışmaktadır (Eşkin Bacaksız vd., 2020).

Fazla mesai, yöneticiler açısından özellikle dışa bağımlılığın daha az olması ve ekonomik görünmesi nedeniyle tercih edilen bir seçenek olmaktadır. Ancak farklı sektörlerde yapılan çalışmalar incelendiğinde; fazla mesainin olumsuz çıktıların daha fazla olduğu görülmektedir (Türkdoğan vd., 2017). Fazla mesai yapan sağlık çalışanlarının ise düşük iş doyumu ve tükenmişlik yaşadığını, sürecin işten ayrılmayla sonuçlandığını belirten birçok olumsuz araştırma bulgusu vardır (Aygün & Özvurmaz, 2020; Kargı & Özdemir, 2022). Aynı sebeple çalışanların, kardiyovasküler hastalık, depresyon, kronik enfeksiyonlar, kas-iskelet sistemi bozuklukları gibi sağlığını tehdit eden ve yaşam kalitesini düşüren sonuçlar deneyimlediği bilinmektedir (Demir & Kılıkış, 2023).

Son dönemde yaşanan COVID-19 pandemisiyle sağlık sistemi üzerindeki yük, sağlık çalışanlarının daha fazla çalıştırılmasıyla giderilmeye çalışılmıştır. Bu açıdan; pandeminin sağlık çalışanları üzerindeki etkisini araştıran çalışmalar, fazla mesainin çıktıları daha iyi görmemizde fayda sağlayabilir. Türkiye'de yapılan araştırmalarda da; fazla mesainin çalışanlarda uyku sorunları, merhamet yorgunluğu ve beraberinde tükenmişliğe sebep olduğu raporlanmıştır (Özgünay vd., 2022; Tunç & Göklü, 2021). Özellikle, hemşirelik gibi kadın çalışanın ağırlıkta olan bir meslek düşünüldüğünde, kadınların ev-iş yaşamı çizgisinde daha fazla etkilendiği düşünülmektedir (Kavas & Develi, 2020).

Bu israf alt temasında bildirilen bir diğer husus da yöneticilik yapan hemşire katılımcıların mesai dışındayken yönetim süreçleriyle meşgul olmalarıdır. Katılımcılardan bildirilenlere göre bunun daha çok telefon trafiğiyle gerçekleştiği anlaşılmaktadır. Başka bir deyişle, uzaktan çalışmaya dahil olmayan kayıtsız bir çalışma yoludur ve bunu fazla mesainin içerisinde başka bir form olarak kabul edilebilir. Örnek bir derlemede; yönetici hemşirelerin, fazla sayıda personel ve geniş bir alandan sorumlu olmasından dolayı tükendiklerini belirtmiş ve performansları için iş yüklerinin azaltılmasını önermiştir (Keith vd., 2021). Ayrıca, kamuda mevzuatlar gereği yöneticiler Türkiye’de fazla mesai ücreti de alamamaktadır (Fazla çalışmanın uygulama esaslarını gösterir yönetmelik, 1975).

5.1.2.9. Uygunsuz/Kalitesiz Malzeme Kullanımı

Yalın yönetimin farklı hizmet sektörlerine de yayılmasıyla beraber israf önerileri de çeşitlenmiştir. Bicheno ve Holweg (2008) yalın dönüşümde temel rehber olarak tanıttıkları kitaplarında, hizmet sektöründen israfları kapsamlı inceleyip, müşteri gözünden bazı ek israf önerilerinde bulunmuşlardır. Bunlardan biri hatalı stoktur ve bu çalışmada saptanan uygunsuz/kalitesiz malzeme kullanımı israfıyla benzerlik taşımaktadır. Örneğin; Başol ve Işık (2014) Türkiye’deki sağlık hizmeti sunumuna yönelik yaptıkları değerlendirmede; kalitesiz mal ve malzeme kullanımının yarattığı sonuçları önlemenin ekstra maliyet getirdiğine de dikkat çekmiştir. Bu çalışmada da hemşire katılımcılar; bir ürünün kalitesiz olmasından dolayı daha fazla kullanıldığını ve uygun malzemenin yokluğundan dolayı daha farklı hatta pahalı malzemeleri kullandıklarını belirtmişlerdir. Aynı şekilde hemşirelik yönetimi alanından bir araştırma olan Baykara Mat ve Baykal’ın çalışmasında (2020) kalitesiz malzemenin israf nedenleri arasında görülmesi çalışma bulgularını destekler niteliktedir.

Türkiye’deki sağlık hizmetleri sunumunda; özellikle kalitesiz malzemeyle ilgili problemlerin yaşandığı bilinmekte ve bunun ihale mevzuatı ve SGK politikalarının birer yansıması olduğu anlaşılmaktadır (Bulut, 2017; Kuzdan vd., 2018; Saygın & Keklik, 2014; Söyük & Kurtuluş, 2017). Bunun yanında, hemşirelerin içinde olduğu bir çalışmada tıbbi sarf malzemenin kalitesiyle ilgili sağlık çalışanlarının farkındalığının yüksek olduğu görülmektedir (Koçyiğit vd., 2022). Bu çalışmaya katılan bir hemşire, kalitesiz bir enjektörle ilgili yaşadığı deneyimde, farkına varmasa hasta güvenliğini de etkileyeceğini ifade etmiştir. Sonuç itibarıyla; malzemenin kalitesinden ödün verilmesinin hasta güvenliğini ve aynı zamanda hizmetten kaçınan sağlık çalışanlarının motivasyonlarını da olumsuz etkilediği düşünülmektedir (Bulut, 2017; Koçyiğit vd., 2022).

5.1.2.10. Bilinçsiz Malzeme Kullanımı

Katılımcılar, malzemelerin bilinçsiz kullanım kaynaklı da israf edildiğini bildirmektedirler. Bu farkındalığın olmayışı eğitimsizlikle de bağdaştırılmıştır. Bu alandaki israfların önlenmesi konusunda katılımcılar hizmet içi eğitimlerin olumlu yönde etkili olacağını belirtmişlerdir. Bilgi ve deneyim eksikliği olarak benzer israf tanımlayan Baykara Mat ve Baykal (2020) tecrübeli personeli çözüm olarak göstermiştir. Özellikle, hemşirelerin malzemeleri bilinçsizce harcadığı durumlar çok çeşitli olabilir. Hemşirelerin kendi kendine ilaç kullanma durumları da bu israfa girebilir. Yakın zamanlı bir araştırmada, kendi kendine ilaç kullanan hemşirelerin oranı %8.8 tespit edilmiş, nedenler arasında ise %9.2 ile ilaçlara ulaşım kolaylığı bildirilmiştir (Sevinç vd., 2023). Bu eczaneler üzerinden satın alımla olabileceği gibi klinik ortam da bir diğer seçenek olarak düşünülebilir. Günümüzde, sağlıkta kalite standartları gereği hastanelerde ilaç sarfiyatının önüne geçecek adımlar atılsa da personelin kendine kullanmasıyla yaşanan israfların olduğu bilinmektedir. Bir diğer kullanım şekli de malzemelerin amacının dışında kullanılmasıdır ki, bir üst yönetici hemşire enjektör, abeslang gibi araçlarla içeceğin karıştırılması örneğini vermiştir.

5.1.2.11. Gereksiz Malzeme Hareketi

Bu araştırmada katılımcılar, herkesin depoya veya malzemeye ulaşabilmesinin, hata yapma endişesiyle daha fazla malzemenin alınmasının gereksiz malzeme israfına yol açtığını belirtmişlerdir. Uzun ve Cerit (2019) vizit zamanında hemşirelerin tüm hasta dosyalarını taşınması örneğini getirmiştir Aynı zamanda gereksiz malzeme hareketinden dolayı malzemeyi yerinde bulamamalarının bekleme israfına yol açtığını belirtmişlerdir. Gereksiz malzeme hareketine literatürden örneklerle bakıldığında en yaygın görülen nedenlerden biri çevresel etmenlerdir. Yani kötü bir yerleşim planı kaynaklı, uygulamada malzemelere erişimin uzak-zor olmasıdır (Graban, 2011).

5.1.2.12. Fazla stok

Hemşirelerin fazla stok yapma nedenleri daha çok faydacı bir anlayıştan gelmektedir. Ancak hekimin olması gerekenden fazla ilaç istemesi ve ara depoların uzak olması gibi çeşitli nedenlerin de fazla stoğun oluşmasına neden olduğu anlaşılmaktadır. Dolayısıyla hemşire her türlü gereğinden fazla iş yapacağına inandığından, sistem müsaade ettiğinde fazla stok israfını yapmayı tercih ettiği düşünülebilir. O'Mahony ve diğerleri (2021); faydacı anlayışla yapılan fazla stoğun sağlık hizmetlerinde yaygın bir durum olduğunu belirtmişlerdir. Ameliyathane biriminde yürüttükleri çalışmada; fazla stokla gereğinden fazla iş israflarını birlikte

incelemişler, bulgularımızla örtüşür kaynakların yanında; formal stok yönetiminin olmayışı, sahibi olmayan malzemeler gibi ekstra örnekler de sıralamışlardır.

Hastanelerin, tıbbi malzeme harcamalarının, personel ücretlerinden sonra gelen en büyük ikinci harcama olduğu bilinmektedir (Moons vd., 2019). Yakın zamanlı bir çalışma, fazla ilaç stoklamayla ilaçların miadının dolması kaynaklı israfa neden olduğunu göstermektedir (Mabizela vd., 2023). Bu araştırmada, fazla stok israfı bildiren katılımcıların farkındalığı olmasına rağmen ilaç stoğu yaptığı anlaşılmaktadır. Klinik ortamda ilaçlara herkesin ulaşılabilmesi ilaç güvenliğini etkileyen durumlar arasındadır ki; bu şekilde takipsiz stoğun olduğu örnekler bildirilmiştir.

5.1.3. Sürekli Gelişim

Bilim insanları ve uygulayıcılar; YY'nin ilk uygulandığı zamandan bu yana sahiplenilerek büyük gelişim gösterdiğini, yeni metodolojilerden ziyade gelişerek yoluna devam edeceğine inanmaktadırlar (Rodgers vd., 2019). Bu yüzden, sürekli gelişim, YY felsefesine uygun bir adlandırma olarak seçilmiştir. Katılımcıların, israfları ve problemleri ortadan kaldırmak için uyguladıkları yalın uygulamalar ve YY ile bağdaştırılan öneriler sürekli gelişim ana teması altında 14 alt temada incelenerek tartışılmıştır. Bu alt temalar azalan sıraya göre şunlardır; **Standardizasyon, Eğitim, Gemba, Uzmanlık ve Sertifikasyon, Yalın Düşünme, Kaizen, Teknoloji Kullanımı ve Dijitalleşme, İnsana Değer, Akışı İyileştirmek, Ekip Çalışması, Yönetimde Yalınlaşma, Kanban, Hatasızlaştırma, Sürdürülebilirlik ve Görsel Yönetim.**

De Barros ve ekibi (2021) yaptıkları literatür taramasında; sağlık kurumlarının, en fazla DAH, GY, 5S ve Ishikawa (Balık Kılçığı) Diyagramı tekniklerini kullandığını ve bu tekniklerle süre ve maliyetin azalmasında başarıyı yakaladıklarını belirtmiştir. Yalın tekniklerden biri olan DAH, sağlık alanında da sık tercih edildiği çalışmalar da görülmektedir. Ayrıntılı olarak yapılan bir incelemede, DAH'ın daha çok üçüncü seviye hastanelerde uygulandığı ve Amerika Birleşik Devletleri'nin uygulamada başı çeken ülke olduğu bildirilmektedir. Bununla birlikte DAH'daki farklı uygulamaların çokluğuna dikkat çekilirken, bir standardizasyon önerisi de getirilmiştir (Marin-Garcia vd., 2021). Bu araştırmada, deneyimli katılımcılardan gelen bildirimlerde en fazla standardizasyona yönelik uygulamalar ve önerilere yer almıştır. En az paylaşılan uygulama ise GY olmuştur.

5.1.3.1. Standardizasyon

Katılımcılar; standardizasyonun, iş süreçlerini düzenlemek, verimliliğini artırmak ve işlerin daha kolay yönetilmesini sağlamak açısından önemli olduğunu vurgulamaktadır. Standardizasyon, hem malzeme düzeni gibi pratik konularda hem de zaman yönetimi ve planlama gibi stratejik konularda iş hayatında etkili bir araç olarak görülmektedir. Yalın tekniklerden biri olan 5S, sağlık hizmetlerinde çalışma alanlarını organize edip, standartlaştırmada faydalı olabilir (Gadea Company & Budía Alba, 2019). Bir yönetici katılımcı, yalın eğitim aldıktan sonra, kliniklerde ve hastane genelinde malzeme düzenini standartlaştırarak her bir alanın aynı düzeni paylaştığını ifade etmiştir.

Hemşirelik alanında yalın uygulamalar yapmak isteyenlere; hemşirelik kaynaklarının etkin ve verimli kullanılabilmesi için standardizasyon önerilmiştir (Noviati & Dyah Yulianti, 2020). Bu araştırmada, yönetici olan bir katılımcı, toplantılar, görüşmeler gibi bazı rutin yönetsel süreçlerin planlı olması gerekliliğini dile getirmiştir. ABD’den YS’de öncü kuruluşlardan olan ThedaCare, yöneticilerin günlük işlerini yürütmesinde yalın tekniklerle standardize edilmiş iş performans sistemi geliştirmiştir. Dolayısıyla, hastanenin kalite ve stratejilerine tutarlı ve uyumlu iş akışları sağladıkları belirtilmektedir (Barnas & Adams, 2016).

5.1.3.2. Eğitim

Yapılan görüşmelerde katılımcılar, YS uygulamaları için eğitimin önemini vurgulamışlardır. Bir yönetici, yalın eğitimlerin işlerine nasıl katkı sağladığını açıklamıştır. Bir başka yönetici ise; oryantasyon programlarını, işe başlayan personelin, YS uygulamalarıyla oluşturulan standartları anlayıp, kavraması için uygun bir yer olarak nitelemiştir. Bir sağlık kuruluşunda YS uygulamalarının hayata geçirilmesinde öncelikle eğitim ile uzman liderlerin yetişmesi gerekir. Amerika Yönetici Hemşireler Birliği (AONE) 2010 yılında başlattığı bakımın inovasyonu ve dönüşümü isimli programda, 100’den fazla kuruluştan hemşireyi YY ile güçlendirmeyi tercih etmiştir (Dials vd., 2019). Benzer şekilde; Kanada’daki hemşire yöneticilerin YS deneyimlerini inceleyen bir araştırma; yalının başarılı olabilmesi için yönetici hemşirelerin eğitimi için yeterli kaynağa ihtiyaç duyulduğunu ortaya çıkarmıştır (Udod vd., 2020).

Politika yapıcılar, sağlık sektöründe yalın uygulamaların benimsenmesi ve uygulanabilmesi için kılavuzlar ve mevzuatlarla destekleyerek süreçte önemli rol oynamalıdır. Aynı zamanda; YS’nin, profesyonellere üst düzey eğitimlerle anlatılması, eğitim müfredatlarında yer alması, sağlık kuruluşları yöneticilerinin eğitilmesinin sürece katkı sağlayacağı açıktır

(D'Andreamatteo vd., 2015). Çünkü, YS uygulamalarının başarısı için; organizasyonel liderliğin yanında çalışanların bilgi seviyesinin önemli olduğu düşünülmektedir (Abdallah, 2020). Yakın zamanlı bir çalışma, hemşirelik yönetiminin sağlık hizmetlerindeki israfları belirleyip, azaltabilmesi için YS eğitiminin etkililiğine dikkat çekmiş ve önermiştir (Abd Al Fadeel vd., 2023).

5.1.3.3. Gemba

Katılımcılar, YS uygulamalarından olan Gemba'yı kendi iş süreçlerinden olan vizitle eş değer görmektedirler. Aslında çok benzer olan bu uygulamalara bakıldığında, Gemba'nın farkı alandaki gözleme eğitimsel süreçleri de eklemesidir. Dolayısıyla, sistemli ve eğitsel süreçleri de barındıran vizit uygulamaları; hemşirelerin YS eğitimi almadan yaptıkları en belirgin uygulamanın Gemba olduğunu gösterebilir. Bir araştırmada, hemşireler Gemba uygulamasının faydaları arasında; disiplinler arası iş birliğini artırdığını, liderliği kolaylaştırdığını, güvenilir veri sağladığını ve geri bildirimlerin önemsendiğine dair faydalar belirtmişlerdir (Bourgault vd., 2018). Benzer bir çalışmada da YS uygulamalarıyla güvenli cerrahinin geliştirilmesi amaçlanırken, etkili multidisipliner çalışma için hekim-hemşire vizitinin birlikteliği sağlanmaya çalışılmıştır (McCulloch vd., 2010). Bu araştırmada da bir yönetici hemşirenin, hekim vizitine kendi isteğiyle katılım göstererek hastanın tedavi-bakım süreçlerine ilişkin değerli bilgiler öğrendiğini söylemesi disiplinler arası iş birliğinin önemini göstermektedir. Dahası, bu katılımıyla hastanın hemşirelik bakımı uygulamasında hata yaptıklarını fark ettiklerini söylemiştir.

5.1.3.4. Uzmanlık ve Sertifikasyon

Katılımcılardan gelen görüşlere göre; hemşirelerin uzmanlık ve sertifikasyonlarına göre değerlendirilmesini, kariyer planlamalarının olmasını ve uzmanlığın yapılandırılmasını önemsediklerini belirtmişlerdir. Özellikle, hastanelerdeki personel yetersizliği probleminin bu kadar ön planda olduğunu düşünüldüğünde, insan kaynaklarının iyi değerlendirilmesi bir gereklilik olarak ortaya çıkmaktadır. Aksi halde yetenek israfı söz konusu olacaktır ki çalışanların sadece kendilerine söyleneni yapıp eve dönmelerinin hesabının örgütlere pahalıya patladığı bilinmektedir (Graban, 2011).

Katılımcılar, sertifikasyonların uzmanlaşmada etkili olabileceğini düşünmektedir. Ülkemizde bu konuda Sağlık Bakanlığı'na bağlı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün Eğitim ve Sertifikasyon Dairesi Başkanlığı mevzuatlar çerçevesinde 17 alanda hemşirelik sertifikalandırması yapmaktadır (www.shgmesdb.saglik.gov.tr, Erişim Tarihi: 1 Şubat 2024).

Aynı zamanda sertifikalandırma ve uzmanlık alanına uygun çalışma gibi durumların hemşirelerin iş yaşam kalitesini etkilediği bilinmektedir (Ayaz & Beydağ, 2014). Katılımcılar ayrıca, yönetim pozisyonlarına atanmada; eğitim düzeyi, uzmanlık alanları ve liderlik becerilerinin önemli olduğuna vurgu yapmışlardır.

5.1.3.5. Yalın düşünme

Yalın düşünme, yalının felsefi bakışını ifade etmektedir. Hemşirelerin yalın düşünmeyi benimseyerek uygulayabildikleri, iş süreçlerinin yanında kişisel hayatlarında da fayda gördükleri uygulamalar yaptıkları anlaşılmaktadır. Bir deneyimli katılımcı, yalın eğitim aldığı sırada, yalın tekniklerden 5S'i kullandığını fark ettiğini bildirmiştir. Bu yalın düşünmenin hemşireler için kolay olabileceğinin bir başka kanıtı olarak görülebilir. Womack ve Jones (2003) *yalın düşünce* kitaplarında, YY'de sadece değer in akmadığını aynı zamanda psikolojik bir akışın da yer aldığından bahsetmektedir. Yani buradan, yalın düşüncenin bir çalışan tarafından benimsenmesiyle, o çalışanın her işin doğru yapılıp yapılmadığı konusunda bilgi sahibi olacağı hatta tüm sistemin durumunu görebileceği düşünülebilir. Özetle, hemşireler yalın düşünmeyi benimseyerek; iş süreçlerinde sadeleştirme, maliyetleri azaltma, israfı önleme ve kaynakları daha etkili kullanma gibi amaçlara odaklanılabileceği görülmektedir.

5.1.3.6. Kaizen

Kaizen, kurumsal düzeyde sürekli iyileştirme felsefesini temsil etmektedir. Deneyimsiz bir katılımcının verdiği iyileştirme faaliyetinin Kaizen etkinliğinden farksız olduğu belirlenmiştir. Bu durum, hemşirelerin yalın teknikleri bilmeden kullanabildikleri veya Kaizen etkinliklerinin hemşirelik yönetiminde kullanımının kolay ve etkili olması şeklinde yorumlanabilir. Ayrıca, iki grubun da iyileştirmelerle problem ve israfların ortadan kaldırılabilceği noktasında farkındalıkları vardır. Buna karşılık, deneyimsiz grubun deneyimli grup kadar uygulamalarda öne çıkmadığı, iyileştirmelerin daha çok fikirsel aşamada kaldığı anlaşılmaktadır.

Yalın ilkelerden beşincisi olan mükemmelliğin oluşabilmesi için, sürekli iyileştirmelerin yani Kaizen etkinliklerinin yapılması gereklidir (Çelenk vd., 2019). Yalın yönetim ve YS ayrımında yapılan bir araştırmada, bazı tekniklerin YY'ye göre YS'de farklı özdeşleştiği fark edilmiştir. Örneğin, Kaizen uygulaması üretim alanında israfı ortadan kaldırmaya odaklıyken, sağlık hizmetlerinde daha genel problemleri çözmeye yönelik iyileştirme etkinlikleri olarak görüldüğü saptanmıştır (Augusto & Tortorella, 2019). Aloğlu ve Mert (2018) erişkin yoğun bakım ünitesinde çeşitli yalın teknikler uygulayarak gerçekleştirdikleri çalışmada; personel adım sayısında %82,1 ve hareket tekrarında %94,4 iyileştirme sağlamışlardır. Süreç analizinde;

hemşirelerin, tekrar hareketleri, malzemelerin dağınık yerleşimi, bakımın uzun ve uygun olmayan zamanda yapılması gibi sorunlar belirlenmiştir. Kaizen etkinliği sonrası; 5S tekniğiyle özel bir bakım aracı tasarlanmış ve bakım zamanı değiştirilerek iyileştirme gerçekleştirilmiştir. Bu araştırmada katılımcılar en fazla, acil servis ve ameliyathanenin verimliliğini artırma yönündeki Kaizen etkinliklerinden bahsetmişlerdir. Acil serviste yapılan gözlemle insan gücü planlamasında değişikliğe gidilmiş ve ufak yerleşim planlamalarıyla iş akışı kolaylaştırılmıştır. Ameliyathanede ise; cerrahi hazırlık süreçlerinde yapılan iyileştirmelerden bahsedilmiştir. Kaizen etkinliklerinin katkısını gösteren bir araştırmada; hemşireler dekübitleri azaltmada kanıta dayalı uygulama geliştirmek için üç aşamalı Kaizen toplantıları gerçekleştirmiştir. Çalışma sonucunda toplantıların, sadece dekübit oranlarının iyileşmesiyle kalmadığı aynı zamanda ekip çalışması ve iletişim kültürüne de olumlu yansıdığını belirtmişlerdir (Gallo vd., 2020). Bir katılımcıdan gelen “kurumsal anlamda beraber hareket ettik” ifadesi de bunu konuda katkıya örnek olarak verilebilir.

5.1.3.7. Teknoloji Kullanımı ve Dijitalleşme

Katılımcılar; teknoloji kullanımı ve dijitalleşmenin, iş akışlarını düzenlemede, iş yükünü azaltmada ve daha etkili hizmet sunmada yardımcı olacağını çeşitli örneklerle ifade etmişlerdir. Hem deneyimli hem de deneyimsiz katılımcılar, teknolojinin hemşirelik uygulamalarını iyileştirmeye yönelik potansiyelini değerlendirmekte ve çeşitli alanlarda teknolojik çözümler aramaktadır. Literatürdeki çalışmalara bakıldığında, hemşirelerin iş süreçlerinde teknoloji kullanımına yönelik deneyimleri ve algılarının olumlu olduğu ancak ihtiyaçlarını gidermeyen teknolojilerin de memnuniyetsizliklerini artırdığı görülmüştür (Gaughan vd., 2022; Zuzelo vd., 2008). Bir araştırmada; hemşireler, bilgi teknolojilerinin iş süreçlerine entegre edilmesinin, tıbbi hizmet kalitesi ve verimliliği artırdığını, iletişim yönetimini kolaylaştırdığını belirtmişlerdir (Farokhzadian vd., 2020).

Bir yönetici hemşire, hemşire çalışma listesini yapmanın çok zor bir uğraş olduğunu ve bir yazılım olsa işinin kolaylaşacağını belirtmiştir. Türkiye’den benzer bulguya sahip bir çalışmada da; hemşireler çalışma listesini bilgisayarda hazırlamanın iş yükünü azalttığını, iş-yaşam dengesini kurma becerilerini geliştirdiği katkısında bulunmuşlardır (Vatan & Çamveren, 2020). Özellikle bir araştırma, hemşire çalışma listesi hazırlamanın yöneticilerin iş memnuniyetsizliğini etkileyen ana nedenlerden biri olarak belirtmiştir (Dhru, 2018). Günümüzde gelişen yapay zekâ teknolojisinin, çok değişkenli bir süreç olan hemşire çalışma listesi hazırlama gibi zorlu bir iş yükünün altından kalkabileceği düşünülebilir.

5.1.3.8. İnsana Değer

İnsana değer alt temasında daha çok deneyimsiz katılımcılardan bildirimler gelmiştir. Katılımcılar, hasta odaklı olunmasının çalışan memnuniyetini gölgelememesine dikkat çekmiş ve insana değer verilmesini vurgulamışlardır. Bir katılımcı da örgütsel adaletin gerekliliğinden ve bunun yanında saygınlık gibi insan olmanın temel değerlerinin es geçilmemesi gerektiğini belirtmiştir. Örgütsel psikoloji alanında bir çalışma, yalının “insana saygı” sütununun uygulamada çok da merkezi olmayabileceği eleştirisini getirmiştir. “Neden Yalın?” sorusunun sorulması gerektiğini, arkasındaki motivasyonların değerlendirilmesini önermişlerdir (Rauvola & Thomas, 2019). Bu görüşün aksi yönde, Japon kültüründen geleneklerini alan YY’nin insana odaklandığını gösteren çalışmalar da çoktur. Özellikle, uygulamadaki problemleri en iyi uygulayanların bildiği düşünülerek, hiyerarşi fark etmeksizin Kaizen amaçlı toplantıların yapılması insana saygının örnekleri arasında görülebilir (Anderson vd., 2019; Helmold, 2020).

5.1.3.9. Akışı İyileştirmek

Akışı iyileştirmek, iş süreçlerindeki israf ve problemlerin gözden geçirilmesi ve çözümlerle değer akış verimliliğinin artırılmasıdır. Katılımcıların bahsettiği "iş akış şeması" ve "bütün her şeye bakılması gerektiği" ifadeleri, bu bağlamda iş akış analizine işaret etmektedir. Aynı zamanda, iş akışının düzenli ve etkin bir şekilde işlemesi için görevlerin net bir şekilde ayrılması ve sorumlulukların belirlenmesi gerekliliğine vurgu yapılmıştır. Değer akışını analiz edip iyileştirmek için kullanılan yaygın tekniklerden biri DAH’tır. DAH’ın temel amacı değer katan ve katmayan faaliyetleri görünür kılmaktır (Deran & Beller, 2014). Katılımcıların "süreçlerimizi kurgularken gereksiz adım var mı" ifadesi, DAH prensipleriyle uyumlu görülebilir.

Bir katılımcı, sürekli gerçekleşen israflar için “Bazen bu çok yorucu ve tüketici olabiliyor.” diyerek fiziksel ve ruhsal olarak süreci değerlendirmiştir. Bir yönetici ise hemşirelik süreçlerinin hepsinin gözden geçirilmesi ve değer yaratıp yaratmadığına karar verilmesi tavsiyesinde bulunmuştur. Türkiye’de fizik tedavi ve rehabilitasyon servisinde gerçekleştirilen bir çalışmada, sistemi haritalandırmanın organizasyonel karmaşıklığı giderdiğini, geliştirdikleri günlük ve haftalık algoritmaların hemşirelerin bilişsel yükünü azalttığı saptanmıştır (Deniz & Özçelik, 2018). Yine DAH ile yapılan bir başka çalışmada, hasta bekleme süresinin toplamda %23,4 oranında iyileştiği belirtilmiştir (Dağcı & Aslan, 2020).

5.1.3.10. Ekip Çalışması

Ekip çalışmasını etkileyen en önemli boyutlardan birini iletişim olarak kabul görebilir. Deneyimsiz katılımcılar, ekip çalışmasını işin doğal bir parçası, iletişimi güçlendirmenin bir yolu ve motivasyonu artırmanın bir aracı olarak görmektedir. Hekim-hemşire iletişimi inceleyen bir araştırmaya göre; hemşirelerin bilgi ihtiyaçlarının genelde göz ardı edildiği ortaya konmuştur. Araştırmada ayrıca, hekim ve hemşirelerin elektronik haberleşmeye ilgi duydukları ve HBYS içerisinde bir modülün iletişim için kullanılabileceği yer almaktadır (Wen vd., 2017). Ayrıca, birçok çalışma iletişim becerileri eğitimleriyle iletişim problemlerinin azalabileceğini öngörmekte ve önermektedir (Song & Yun, 2019).

Yalın uygulamaları iş birliği içerisinde kullanan sağlık ekipleri, sağlık hizmetleri sunumunun verimliliğini artırmada başarılı olmaktadır (Al Fannah vd., 2022). Deneyimli bir katılımcı, YS uygulamalarının bir ekip çabası olduğunu ve bu ekip çalışmasında etkili liderliğe ihtiyaç duyduklarını vurgulamıştır. Sağlık hizmetleri sürecinin zorluğu ve problemlerin çeşitliliğini ele alırsak, bir lider eşliğinde ekipçe çözüm ve değişim arayışı çok kıymetli olacaktır (Kaplan, 2020).

5.1.3.11. Yönetimde Yalınlaşma

Katılımcılar, yönetimin yalınlaşması konusunda farklı deneyimler paylaşmışlardır. Bir katılımcı, önceki deneyiminde hastane idaresinde fazla sayıda başhemşire yardımcısının bulunmasının verimsiz olduğunu belirtmiştir. Bu görüşe paralel olarak, yeni başhemşirenin yardımcısız devam etme kararıyla ilgili örnek veren bir katılımcı, bu durumun daha verimli ve olumlu bir yöne evrildiğini ifade etmiştir. Bu durumda, yönetsel olarak düşük seviyede yetkilendirme ve az hiyerarşinin daha etkili bir çalışma ortamına yol açabileceği düşünülmektedir. Katılımcıların ifadeleri, bu prensiplerin uygulanmasının iş süreçlerini optimize edebileceğini göstermektedir. Yalın yönetim her türlü israfı ortadan kaldırmayı amaçlar ve gereksiz yönetim kademeleri ve bürokrasi de bunlardan biridir. Burada, amaç daha basık ve yatay organizasyonlar elde etmek olmalıdır (Sezer & Sari, 2017). Örneğin, merkezi olmayan organizasyon yapısına sahip Mıknatıs Hastaneler (Magnet Hospitals) uygulamada verilebilecek en iyi örnek olabilir. Bu hastanelerde organizasyon yapısı daha basık olduğundan, bireylerin iletişimini geliştirdiği ve yönetsel süreçlere katılımlarını artırdığı bilinmektedir (Alay & Toraman, 2023).

5.1.3.12. Kanban

Katılımcılar, YS uygulamaları kapsamında Kanban sisteminin malzeme yönetimi ve süreç optimizasyonunda nasıl kullanıldığına dair deneyimlerini paylaşmışlardır. Günümüzde, kritik stok, maksimum stok gibi stok yönetimi uygulamalarının YY'den gelen Kanban uygulamalarıyla şekillendiği bilinmektedir. Dolayısıyla, hastanelerde stok yönetimlerinde Kanban uygulamalarının yaygın kullanıldığı anlaşılmaktadır. Augusto ve Tortorella (2019) YS üzerinde yaptıkları detaylı literatür incelemesinde en fazla atıf alan uygulamanın Kanban olduğunu bildirmiştir. Bu araştırmada da bir katılımcı stok yönetiminde SKS gereği verimliliğin önemsendiğini ve Kanban uygulamalarının yer aldığından bahsetmiştir.

5.1.3.13. Hatasızlaştırma

Katılımcılar, YS uygulamaları kapsamında hatasızlaştırma (Poka-Yoke) tekniklerini uyguladıklarını ve bu tekniklerin özellikle ilaç uygulama hataları gibi süreçleri azaltmak amacıyla kullanıldığını ifade etmişlerdir. Graban (2011); hatanın, dikkatsizlikten meydana geldiğini düşünen yanlış bir yönetsel bakışın olduğunu belirtmiştir. İlaç uygulamalarına yönelik; otomatik ilaç depoları, barkod okuma sistemleri gibi hatasızlaştırma örneklerinin yaygınlığından bahsetmiştir. Bir katılımcının da örnek verdiği gibi hasta kimlik doğrulamada kullanılan bileklikler de hasta güvenliğinde kullanılan en yaygın hatasızlaştırma örneklerinden biridir.

5.1.3.14. Sürdürülebilirlik

Katılımcıların yalın sağlığın sürdürülebilirliği konusundaki görüşleri, uzun vadede nasıl sürdürülebileceği konusunda değerli içgörüler sunmaktadır. Literatürde YS uygulamalarının sürdürülebilirliğinin önündeki engellere bakıldığında birçok örnek çalışma bulunmaktadır. Leite ve diğerlerinin (2020) araştırmalarına göre; literatürle örtüşen en temel engeller, kaynakların kötü yönetimi ve personelin değişime direnci olarak görülmektedir. Aynı zamanda hekimlerin yalın yolculuğa katılımı kritik görülmüş, sürdürülebilirlik açısından hekimlerin katılımının dikkate alınması önerilmiştir. Bu araştırmada da bir katılımcının "...ama bu biraz da hekim bazında da olması lazım. Evet böyle düşünüyorum ben..." ifadesiyle örtüşmektedir. Neticede, hemşirelerin sağlık kuruluşlarında kalite yönetimini daha çok üstlendiği bir gerçektir.

Sağlık hizmetlerinde yalın uygulama, standart endüstriyel ortamdan çok daha zor olabilir. Bu sebeple, sağlık projelerinde ölçülebilir sonuçlar ve sürdürülebilir faydalar elde edemeyen olumsuz örnekler de bulunmaktadır (Kovacevic vd., 2016). Yalın uygulama zorluğunun %80-90'ının değişime olan direnç gibi insan kaynaklı olduğu söylenmekte, geri kalan %10-20'si ise

teknik ve yöntemlerin uygulanmasında yaşanan güçlükler olarak belirtilmiştir (Graban, 2011). Bu araştırmada da katılımcılar; iş yükünün fazlalığı, gereksiz görülmesi gibi sürdürülebilirlik nedenleri belirtmiştir. Akmal ve diğerleri (2022) sağlık çalışanlarının direncine yönelik etkili iletişim, iş birliği ve performans yönetimi gibi kurumsal stratejiler önermiştir. Dolayısıyla, literatürde yalını tüm araçlarıyla kurumsal boyutta uygulayan sayılı hastane örneğine rast gelinmektedir (D'Andreamatteo vd., 2015). Bazı kaynaklar, hala YY'nin sağlık hizmetlerinde uygulanmasını nispeten yeni bir araştırma alanı olarak tanımlamaktadırlar (Filser vd., 2017). Bu tanımlamaya sebep olarak görülebilecek bir diğer nokta da YS anlayışında henüz uygulama standardizasyonun sağlanamaması öne sürülebilir. Yalın sağlık alanındaki en popüler -en çok atıf alan- yayına sahip ve YS araştırmalarını ilk sınıflandıran Brandao De Souza (2009); araştırmasında spekülasyon kategorisinde yer verdiği yayınlar için; somut kanıtlar sunmaktan uzak, yalın reklamı yapmaktan öteye gitmediklerini belirtmiştir.

5.1.3.15. Görsel Yönetim

Katılımcılar, çeşitli görsellerle iş süreçlerini standardize edip kolaylaştırdıkları örnekler vermiştir. Bir katılımcı görselleştirmenin hem keyifli hem daha hatırdta kalması dolayısıyla faydalı bir yöntem olduğunu ifade etmiştir. Galsworth (2017) iş yerindeki GY'nin amacının en başta enformasyon hatalarını azaltmak olduğunu belirtmektedir. Görsel yönetimin bir diğer katkısı da sürekli iyileştirme faaliyetlerini daha görünür kılarken, ekip çalışmasını desteklemesidir (Ulhasan ve diğ., 2015).

Bir katılımcı klinik deposunda yaptığı organizasyonda, GY'den faydalandığını bildirmiştir. Literatürde, hemşirelerin iş süreçlerinde GY kullanarak çeşitli kazanımlar sağladığı çalışmalar bulunmakta ve tavsiye edilmektedir (Wang & Liu, 2023; Złotowska & Wise, 2015).

5.1.4. Değer

Yalın yönetimin temel bakış açısıyla sağlık hizmetleri sunumunu değerlendirildiğinde; hastaya bakım ve tedavi gibi yardımcı olan, direkt hastaya ulaşan süreçler olarak ayıklanması temel önceliktir. Yalın yönetim anlayışında bu “değer” olarak temsil görmektedir (Graban, 2011). Bu çalışmaya katılan hemşireler değeri; **bakım** ve **tedavi** olarak tanımlamışlardır. Ancak, değerın tanımlanması noktasında hasta bakış açlarına da odaklanılmasının es geçilmemesi önerilmektedir (Poksinska vd., 2017).

5.1.4.1. Bakım

Katılımcılardan gelen görüşler, hemşirelik bakımının yarattıkları temel değer olduğu üzerinedir. Deneyimsiz hemşirelerin hastanın bakımına odaklanmalarının ve etkili zaman yönetimiyle organizasyonu entegre etmelerinin önemini vurgular. Aynı zamanda, bir hemşirenin temel görevinin hasta bakımını artırmak ve kalitesini yükseltmek olduğunu belirtir, bu da hemşirelerin hastaların ihtiyaçlarına uygun bakım sağlama sorumluluğunu vurgulamışlardır. Çin’de yoğun bakım hemşirelik iş süreçlerini gözlemlendiği bir araştırmada; hemşirelerin zamanlarının çoğunu (%51,2) bakıma harcadıkları, ardından hemşirelik dokümantasyonunu (%17,91) ve iletişime (%17,61) harcadıkları zamana gelmektedir (Han vd., 2020). İsrafin yok edilmesiyle beraber, sağlık çalışanının kalan enerjisini daha etkili ve verimli bir şekilde hasta bakımına ayıracağı varsayılmaktadır (Aloğlu & Mert, 2022).

5.1.4.2. Tedavi

Yalın sağlık hizmetlerinde değer, hasta akışının iyileştirilmesiyle elde edilir ki neticede bu da hastaların zamanında taburculuğuyla mümkündür (Doğan & Unutulmaz, 2016). Bu da bakımın yanında, etkili tedaviyle elde edilebilir. Katılımcılar, hemşirelik pratiğinin temelinde hastalara tıbbi yapılan müdahalelerin yer aldığını belirtmişlerdir. Tedavi sürecini oluşturan non-invaziv ve invaziv birçok işlem önemli olarak örneklendirilmiştir. Ayrıca, etkili bir sağlık hizmetinin sunulmasında bakımın yanında tedavinin başarısının da payı vurgulanmaktadır.

5.2. YALIN EV MODELİNİN YALIN HEMŞİRELİĞE UYARLANMASI: BİR MODEL ÖNERİSİ

Yalın yönetime sistemsel bakışı sağlayabilmek açısından yaygın olarak Yalın Ev (Lean House) modeli tercih edilir. Bu gösterimde, genelde Roma ya da Yunan villasına benzer antik bir yapıda YY’nin inşası temsil edilir (Rich vd., 2006). Bu analogi, yalın organizasyonu gerçekleştirmenin bir ev inşa etmekle benzer adımları ve ilkeleri izlediğini anlatır (Schaller, 2006). Bu bölümde, Türkiye’deki YS deneyimlerinden yola çıkarak, deneyimsiz gruplarla karşılaştırmalar yapılmış ve nihayetinde hemşirelik yönetim alanı için ideal bir “yalın hemşirelik” model önerisi sunulmuştur. “Yalın Hemşirelik” modelini temsilen sunulan yalın evde; yol, temel, sütunlar ve çatı yer almaktadır.

Yol (Problemler)

Yalın yönetim, insana değer felsefesini merkezine koyar ve israfı azaltarak değer yaratmaya odaklanır (Ellioua & Benamer, 2021). Yalın ev yapısı, bu felsefenin bir gösterimidir ve

genellikle; temel, sütunlar ve çatıdan oluşur. Ancak, YY'nin endüstriyel alanda doğuşundan kaynaklı maliyet etkin olması daha fazla israf odaklı olmasına, bazı israf yaratmayan problemlerin gözden kaçmasına neden olmaktadır. Yol yani problemler, bu araştırmanın özgün bulguları arasındadır. Çünkü katılımcılardan gelen görüşler neticesinde, her problemin israf yaratmadığı ancak çözülmesi gereken olgular olduğunu saptanmıştır. Bu doğrultuda problemler, yalın yolculuğa çıkarken taşınan yükler olarak temsil edilmiştir. Yalın hemşireliğin uygulanmaya başlamadan önce sahadaki çeşitli problemlerin; araştırma bulgularında yer alan insani, yönetsel, çevresel ve malzeme/makine alt temaları ve bağlı kodlarda tespit edilmesi önerilir. Bu başlıklar aynı zamanda sık kullanılan bir problem çözme tekniği olan balık kılıcı tekniğinde de yer alan ana başlıklar olup her kurumun kendi yapısına göre çeşitlendirilebilir. Aynı zamanda sahadaki problemlerin ekipçe değerlendirilmesinin personelin motivasyonunu yalın hemşirelik uygulamasına çekeceğini ve kolaylaştırıcı olacağı düşünülmektedir.

Temel (En Temel ve Stabilizasyon)

Bu çalışmanın bulgularına dayanarak oluşturulan yalın modelin en temelinde, “eğitim”, “kaizen”, “standardizasyon”, “uzmanlık ve sertifikasyon” süreçlerinin ele alınmasını önerilmektedir. Yalın uygulamaların başlangıcında, hem liderlik edecek yöneticilerin hem de geri kalan tüm personelin yalın uygulamalar hakkında yeterli bilgi seviyesine sahip olmasının başarı için şart olduğu belirtilmektedir (Patri & Suresh, 2018). Ardından sürekli iyileştirme faaliyetleri olan Kaizen etkinliklerine başlanması ile yolda yer alan problemler ve israfların ele alınması ve iyileştirme faaliyetlerine geçilmesi gereklidir. Bunun için iş ve yönetim süreçlerinin standardizasyon aşaması önemli bir kalite adımıdır. Aynı zamanda bu aşamada kurum bünyesinde uzmanlık ya da sertifikasyon eğitimlerini tamamlamış nitelikli çalışanları barındırmak ve onlardan destek almak gerekir, çünkü bu yolculukta sahadan yalın liderlerin ortaya çıkarak inisiyatif alması, iş süreçlerini yalınlaştırarak değer yaratmaya yönelik eylemlerde bulunması önemlidir.

Bir sonraki stabilizasyon basamağında, “yalın düşünme” ve “sürdürülebilirlik” yer almaktadır. Stabilizasyon, ilk basamakta atılan adımların istikrarlı bir şekilde ilerlemesini sağlamayı amaçlar. Bunun için yalın düşünme felsefesinin ekip içerisinde benimsenmiş olması sürdürülebilirlik açısından da önemlidir. Uygulamadaki en büyük engelin genelde personel direnci olduğu unutulmamalı, ekibin yalın bakışı benimsemesi sağlanmalıdır (Graban, 2011).

Sütunlar (Uygulamalar, Yalın Odak)

Yalın ev modellerinin hemen hepsinde insan, merkezi alanda gösterilerek değeri vurgulanır (Graban, 2011). Antik tapınaklarda merkezi konumda yer alan “Cella” adı verilen kutsal bir oda yer almakta ve konumu itibariyle yapıya destekte önemli rol oynamaktadır (Dinsmoor, 1974). Bu çalışma sonucunda oluşturulan modelin “Cella” sütununda “İnsana Değer” ve “Ekip Çalışması” alt temalarına yer verilerek insanın çok değerli olduğu önemle vurgulanmak istenmiştir. Bunun yanında bireysel değerın yetmediğı görüşünden hareketle ekip çalışmasına da yer verilerek, sağlıkta multidisipliner çalışmanın önemine atıfta bulunulmuştur. Katılımcılardan gelen, saygınlık, adalet ve ekip içi açık iletişimin sağlanması önerileri de oluşturulan modeli desteklemektedir.

Bu araştırmayı özgün kılan bulgulardan biri de sağlık alanına özgü olarak oluşturulmuş ek israf önerileridir. Literatürde birçok alandan israf önerilerine rastlansa da sağlık alanından sadece bir çalışmaya rastlanılmıştır (Hussain & Malik, 2016). Bu çalışmada literatürde yaygın olarak bilinen sekiz israfın içerisinde “ihtiyaçtan fazla üretim” ile “gereğinden fazla işlem” israflarının sağlık alanı için çok ayırım göstermediğı fark edilerek bu israf “gereğinden fazla iş” olarak tanımlanmıştır. Çalışma sonucunda sunulan ek israf önerileri; “görev dışı çalışma”, “uygunsuz/kalitesiz malzeme kullanımı”, “plansızlık”, “fazla mesai”, “bilinçsiz malzeme kullanımı”dır. Literatürde yer alan yedi israf ile bu çalışma ile sunulan beş ek israf bir araya gelerek taşıyıcı sütunlardan birini oluşturmuştur. Bu 12 israfın tüm problemler içerisinde incelenerek azaltılması ve yok edilmesi yalın hemşireliğin temel odağı olmalıdır.

Diğer Taşıyıcı sütunu ise yalın teknikler oluşturmaktadır. Literatürden de görüldüğü gibi birçok yalın teknik bulunsa da Türkiye’deki deneyimlerden bu araştırmada; “Gemba”, “Akışı iyileştirmek”, “yönetimde yalınlaşma”, “Kanban”, “Görsel yönetim”, “Hatasızlaştırma” uygulamaları oluşturmıştır. İsrafi azaltmada etkin rol oynayacak bu tekniklerin deneyimlenmesi önerilmektedir.

Çatı (Etkinleştirici, Temel Değerler ve Sonuç)

Etkinleştirici olan “Teknoloji kullanımı ve dijitalleşme”nin yalın hemşirelik girişiminin etkililiğini artıracakğı düşünülmektedir. Teknolojinin getirdiğı hız, görünürlük, geri bildirim ve önleme gibi avantajların yalın uygulamaları desteklediğı raporlanmıştır (Cifone vd., 2021). Dijital teknolojilerin özellikle, organizasyon tasarımında, karar sistemlerinde ve tedarik zinciri

planlamalarında kullanıldığı ve fayda sağlandığı bildirilmiştir (Ashrafiyan vd., 2019). Aynı zamanda Yapay Zekâ gibi teknolojilerin gelişmesinin hemşirelerin iş akışlarını, rollerini ve hasta-hemşire ilişkisinde iyileştirmeler sağladığı raporlanmaktadır (Buchanan vd., 2020; Moreno-Fergusson vd., 2021). Kısacası, yalın uygulamaların teknoloji ve dijitalleşmeyle birleştirilmesi günümüzün bir gerekliliği olarak görülmelidir.

Birçok sağlık hizmetleri alanındaki yalın ev modeli örneği gibi (Graban, 2011) bu çalışmada da temel değerler; kaliteli, maliyet etkin, güvenli bakım ve tedavi verebilmek olarak yansımıştır. Hemşireler, mesleki değerlerini yansıtan temel değerin bakım olduğunu, tedavi süreçlerinin de bir o kadar kıymetli ve ayrılmaz bir bütün olarak betimlemişlerdir. Bütüne bakıldığında, varsayılan model önerisinin tüm noktalarına dikkatle önem verildiğinde, başarılı bir “Yalın Hemşirelik” kavramından söz edilebileceği düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmanın amacı ve araştırma soruları doğrultusunda hemşirelerin YS'ye ilişkin deneyimleri, görüşleri ve önerileri derinlemesine görüşülerek; hemşirelik hizmetleri yönetiminde yalın uygulamalara ilişkin bir model önerisi sunmaktır. Türkiye'de bu konuda öncülük etmiş iki kurumun hemşirelerinden yalın deneyimleri alınırken; deneyimsiz kurumlardan hemşirelerle de (40 kişi) görüşme sağlanarak yalın sağlığın etkileri üzerine kıyaslama yapılabilecek veriler elde edilmiştir. Bu analiz sonucunda 4 (dört) ana tema, bu temalara bağlı 33 alt tema; Problemler ana teması altındaki İnsani ve Yönetsel alt temalarında ise toplam 17 kod yer almıştır.

Ana Temalar: Problemler, İsraflar, Sürekli Gelişim ve Değer

Yalın yönetimde yer alan yedi israfa ek olarak YS'de beş israf daha tespit edilmiştir. Bunlar; “görev dışı çalışma”, “uygunsuz/kalitesiz malzeme kullanımı”, “plansızlık”, “fazla mesai”, “bilinçsiz malzeme kullanımı”. Katılımcılardan gelen bildirimlere göre israflar ana temasından öne çıkanlar:

- En çok bildirimi yapılan israf “görev dışı çalışma” olurken, en az bildirimi yapılan “fazla stok” israfıdır.
- İlişki analizinde; görev dışı çalışma, gereksiz insan hareketi ve gereğinden fazla iş israfları arasında sıkı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca, birçok israf personel yetersizliği problemiyle ilişkilendirilmiştir.
- Yalın deneyimi olmayan grup yalın deneyimi olan gruba göre, gereksiz malzeme hareketi haricinde, 11 israfta daha fazla bildirimde bulunmuştur.

Hemşireler; yönetsel, insani, çevresel ve malzeme/makine olmak üzere dört alt temada farklı problemler bildirmiştir. Görüşmelerden elde edilen verilere göre problemler ana temasından önemli noktalar:

- En çok insani alt temasında problemler bildirilirken, kod olarak yönetsel alt teması altında “personel yetersizliği” en fazla bildirilen problem olmuştur. En az bildirilen problem ise; “hastayla iletişim” ve “yasal düzenlemeler” olmuştur.
- İlişki analizinde; personel yetersizliği, iş yükü ve hekim ve diğer personel kaynaklı problemler arasındaki belirgin ilişki dikkat çekmektedir.
- Personel yetersizliği problemiyle başlayan iş yükünün artmasıyla beraberinde sağlık problemlerinin gelişmesi, ardından iş gücünün kaybıyla gelen birim değişiklikleri, tükenmişlik, devir hızı problemleri gibi neticesinde personel yetersizliğini tekrar besleyen bir döngü oluşmaktadır. Aynı zamanda, israfların birçoğuyla olan ilişkisi de hesaba katıldığında personel yetersizliğinin ana problem olduğu düşünülebilir.
- Malzeme/makine problemlerinin daha çok eksiklikten veya kalitesinin düşük olmasından kaynaklı olduğu anlaşılmıştır. Çevresel sorunlar kötü mimari planlamadan kaynaklı olup gereksiz insan hareketine neden olduğu paylaşılmıştır.
- Yalın deneyimi olmayan grup yalın deneyimi olan gruba göre neredeyse iki kata yakın problem bildirmiştir.

İsraflar ve problemlerle başa çıkma noktasında yalın uygulamalarla sürekli gelişimin sağlanması gerekliliği açıktır. Katılımcılardan gelen deneyimler ve öneriler doğrultusunda sürekli gelişim ana temasında yalın uygulamalar ve felsefesinden toplamda 14 alt tema belirlenmiştir. Sırasıyla; “Standardizasyon”, “Eğitim”, “Uzmanlık ve Sertifikasyon”, “Kaizen”, “Yalın Düşünme”, “Sürdürülebilirlik”, “İnsana Değer”, “Ekip Çalışması”, “Gemba”, “Akışı İyileştirmek”, “Yönetimde Yalınlaşma”, “Kanban”, “Hatasızlaştırma”, “Görsel Yönetim”. Bu ana temadan çıkarımlar şunlardır:

- En çok standardizasyon alt temasında bildirim yapılırken, en az görsel yönetim uygulaması yer almıştır.
- Deneyimsiz grupta yer alan katılımcıların bazı yalın uygulamaları yapabildikleri veya bildikleri anlaşılmaktadır. Hatta “Gemba” uygulaması vizitle eş değer tutulmuş; “hatasızlaştırma” ve “görsel yönetim” alt temalarında deneyimli grupla aynı sayıda kodlama yapılmıştır.

- Deneyimli katılımcılar, YS uygulamasının özellikle bir ekip işi olduğuna vurgu yapmışlar; sürdürülebilirliği açısından dirence, bilgi eksikliğine ve iş yükünün fazlalığına dikkat çekmişlerdir.
- Deneyimsiz katılımcıların, insana değer alt temasında daha fazla bildirimde bulunduğu görülmüş; yalın sağlığın sadece hasta odaklı süreçlere bağlı kalmaması konusunda bazı görüşler paylaşılmıştır.

Son olarak, hemşireler, yalın felsefenin de ulaşılması temel hedef olarak belirlediği değeri; “Bakım” ve “Tedavi” olarak tanımlamışlardır. Hemşireler, bağımsız rollerinin olduğu bakımı, ürettikleri temel değer olarak görmektedirler. Ancak tedavi sürecini de hemşirelik pratiği olarak bir o kadar önemli olduğunu belirtmişlerdir.

Model Önerisi

Araştırmanın nitel sonuçlarından hareketle, YS organizasyonunu oluşturmanın yolunu hemşirelik yönetimi perspektifinden sunmaya çalışılmıştır. Literatürde yaygın kullanılan “Yalın Ev” analogisi, yalın yolculuğu bir ev inşa etmeye benzetir ve bu ev modeli bir antik Yunan yapısına benzer şekilde temel, sütun ve çatıdan oluşur. Bu çalışmada, alışlagelmiş modellere nazaran, yalın perspektiften göz ardı edilen problemleri de ele alınmıştır. Yalnız israf odaklı olunmasının yetersiz olduğunu; israfı temellendiren ya da temellendirmeyen problemlerin de çözülmesi gerektiğini, yalın evin yolunda “Problemler” ana temasına yer vererek vurgulanmıştır.

Yalın hemşireliğin temeli eğitimle başlamaktadır. Eğitimle başlayan bu süreçte ekipteki farkındalığın artmasıyla beraber, Kaizen etkinlikleri ile problemler ve israfların ele alınacağı toplantılar önerilmektedir. Bu çalışmada en fazla gerçekleşen israfların; görev dışı çalışma ve gereğinden fazla iş olduğu göz önüne alındığında, iş süreçlerin optimize edilmesi ve standartlaştırılması en temeldeki diğer amaçlar olarak öne çıkmaktadır. Stabilizasyon aşamasında, yalın düşünme felsefesi ekip içinde benimsenmeli ve personelin direnci aşılmalıdır. Bu adımların istikrarlı bir şekilde ilerlemesini, sürdürülebilirlik açısından önemli görülmektedir.

Sütunlar inşa edilirken denge unsuru gözetilmelidir. Bu aşamada belirlenen üç sütunun da eş zamanlı gelişimi göz önünde tutulmalıdır. Özellikle merkezi konumda yer alan insana değer ve

ekip çalışmasına önemin es geçilebileceğini öngörülebilir. Ancak israfları azaltma ve yalın teknikleri uygulamanın ancak insana değer vererek ve ekip çalışmasını kurum geneline yayarak mümkün olacağının unutulmaması gerekir. Sistematik bir anlayış olan yalının en iyi dostunun teknolojidir ve bu nedenle çatıda bir etkinleştirici olarak temsil edilmiştir. Hemşirelik hizmetlerinde temel değerler ise; kaliteli, maliyet etkin, güvenli bir şekilde bakım ve tedavi hizmeti sunmak olmalıdır.

Çıkarımlar

Bu araştırma, Türkiye'deki yalın sağlık uygulamalarının azlığı da hesaba katıldığında, hemşirelik alanında yalın sağlık uygulamalarını inceleyen öncü bir çalışmadır. Bu noktada; nitel tasarımda gerçekleştirilmesi, deneyimlerden faydalanılmasına, keşfedici bir anlayışta ele almaya imkân tanımıştır. Neticede, literatüre önemli katkılar sağlayacağı düşünülen ek yalın israf önerileri bu alanda önemli bir boşluğu doldurmakta, çalışmayı kıymetli kılmaktadır. Haricinde, problemleri de odağa alan bir perspektif sunmaya çalışılmış olup, tanımlanan her israfın bir probleme dayalı gerçekleşirken, her problemin bir israf yaratmayacağı ancak çözülmesi gerektiğinin altı çizilmiştir. Diğer taraftan; personel, malzeme gibi, bir şeyin eksikliğinin de israfa yol açabileceği tespit edilmiştir ki bu literatürde çok örneklendirilmeyen bir durumdur.

Gelecekteki Araştırmalar için Öneriler

Model önerisinin, yalın sağlığı uygulamak isteyen araştırmacılar tarafından bilimsel yöntemlerle test edilmesi önerilir. Yalın yönetimde değeri müşteri belirlemektedir. Bu araştırmada değer, hemşirelerin iş süreçlerinden bakım ve tedavi olarak tespit edilmiştir. Literatürdeki çalışmalarda da değer benzer tanımlanmış olsa da müşteri yani hasta gözünden değer araştırıldığı çalışma sayısının sınırlı olduğu, kabul görmüş bir anlayışta benimsendiği anlaşılmaktadır. Yalın sağlıkta sadece müşteri odaklı bir değer anlayışı da yoruma açıktır; yine de yalın düşünceyle hasta gözünden değer araştırmaları daha bütüncül bir bakış sağlayacaktır.

Yönetici Hemşireler ve Hastane Yöneticileri için Öneriler

Yalın sağlık uygulamalarını başlatmak isteyen yöneticilere bu araştırmanın model önerisinin rehber olacağı düşünülmektedir. İş süreçlerindeki problemler kurumlara göre çeşitlilik gösterebilir, dolayısıyla kolaylaştırıcı olarak problemler ana temasından başlanarak, kurum içi

problemlerin irdelenmesi önerilir. Yalın uygulamalarda farkındalığın artması ve örgütsel kültür haline gelmesi uzun bir süreçtir. Bu açıdan küçük pilot uygulamalarla ısınmalar gerçekleştirilmelidir. Başarı ile farkındalık daha çok artacak ve en büyük engellerden biri olan ekip direnci, ekip desteğine dönüşecektir. Nitekim birçok yalın sağlık uygulayıcısı sürdürülebilirliği sağlama noktasında problem yaşamaktadır. Bu süreçte yöneticilerin liderliği ve uyumu kilit rol oynamaktadır. Araştırmadan elde edilen bulgular ve literatür bilgisi doğrultusunda; yalın uygulamalara en çok liderlik edenlerin yönetici hemşireler olduğu görülmektedir. Bu bağlamda yönetici hemşirelerin, tartışmasız olumlu etkileri olan yalın sağlık anlayışını günümüzde bilmeleri ve yalın liderlik etmeleri kaçınılmazdır.

Hemşireler için Öneriler

Hemşirelerin yalın sağlık farkındalıklarının artırılması yalın eğitimlerle mümkündür. Eğitimle beraber iş süreçlerindeki israfların gözlenmesi kolaylaşacaktır. Dahası, uygulaması basit Gemba, 5S, GY, Hatasızlaştırma vb. tekniklerden başlanarak israflar azaltılıp, iş süreçleri standartlaştırılabilir ki uygulamaların etkinliği ve verimliliği görüldükçe motivasyon da beraberinde artacaktır. Son olarak, yalın sağlığın kanıtlanmış ve yaygınlaşan bir yönetim modeli olduğu düşünüldüğünde, basit bir kalite anlayışı ve iş yükü olarak görülmemesi, ön yargılı yaklaşımdan uzak durulması önerilir.

KAYNAKLAR

- Abd Al Fadeel, E. R., Abd El Megeed, M. I., & Etway, E. A. E. (2023). Effect of lean management training program on waste management knowledge and practices among nursing staff. *Journal of Clinical Otorhinolaryngology, Head and Neck Surgery*, 27(1), 1050-1062.
- Abdallah, A. (2020). Healthcare engineering: A Lean management approach. *Journal of Healthcare Engineering*, 2020.
- Ackley, B. J., Ladwig, G. B., Makic, M. B. F., Martinez-Kratz, M. R., & Zanotti, M. (2021). *Nursing diagnosis handbook, revised reprint with 2021-2023 Nanda-I® updates-E-book*, 12. bs., Elsevier Health Sciences, ISBN: 978-0-323-87988-0.
- Ahn, C., Rundall, T. G., Shortell, S. M., Blodgett, J. C., & Reponen, E. (2021). Lean management and breakthrough performance improvement in health care. *Quality Management in Health Care*, 30(1), 6-12.
- Aij, K. H., & Teunissen, M. (2017). Lean leadership attributes: A systematic review of the literature. *Journal of Health Organization and Management*, 31(7-8), 713-729.
- Ajmera, P., & Jain, V. (2020). A fuzzy interpretive structural modeling approach for evaluating the factors affecting lean implementation in Indian healthcare industry. *International Journal of Lean Six Sigma*, 11(2), 376-397.
- Akbal, H., & Doğan, N. Ö. (2021). Sağlık sektöründe süreç iyileştirme: Bir eğitim ve araştırma hastanesinde kısıtlar teorisi-Yalın üretim-simülasyon bütünlük yöntemi ile bir uygulama. *Doktora Tezi, Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi*.
- Akmal, A., Foote, J., Podgorodnichenko, N., Greatbanks, R., & Gauld, R. (2022). Understanding resistance in lean implementation in healthcare environments: An institutional logics perspective. *Production Planning & Control*, 33(4), 356-370.
- Al Fannah, J., Al Harthy, H., Khamis, F., Al Awaidy, S. T., & Al Salmi, Q. (2022). Agile teams and lean methods in a tertiary care hospital during COVID-19 pandemic. *Oman Medical Journal*, 37(2), e363.

Alay, D., & Toraman, A. (2023). Mıknatıs hastane konsepti. Pamukkale Üniversitesi İşletme Araştırmaları Dergisi, 10(3), 868-885.

Alkaabi, M., Simsekler, M. C. E., Jayaraman, R., Al Kaf, A., Ghalib, H., Quraini, D., Ellahham, S., Tuzcu, E. M., & Demirli, K. (2020). Evaluation of system modelling techniques for waste identification in lean healthcare applications. Risk Management and Healthcare Policy, 13, 3235-3243.

Aloğlu, N., & Mert, İ. S. (2018). Sağlık sektöründe yalın yönetim uygulaması: Bir yoğun bakım ünitesi örneği. Doktora Tezi, Hasan Kalyoncu Üniversitesi.

Aloğlu, N., & Mert, İ. S. (2022). 5S yöntemi ile hasta izlem formu revizyonu. Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi, 8(3), 284-300.

AlQedrah, M., Marbough, D., Simsekler, M. C. E., & Ellahham, S. (2022). Opportunities for patient safety improvement using lean. 2022 Advances in Science and Engineering Technology International Conferences (ASET), Dubai, United Arab Emirates, 1-4.

Als Salman, D., Alumran, A., Alrayes, S., Althumairi, A., Almubarak, S., Alrawiai, S., Alakrawi, Z., Hariri, B., & Alanzi, T. (2021). Implementation status of health information systems in hospitals in the eastern province of Saudi Arabia. Informatics in Medicine Unlocked, 22, 100499.

Alves, A. C. (2022). Lean thinking: An essential mindset. IEEE Engineering Management Review, 50(4), 127-133.

Amaro, P., Alves, A. C., & Sousa, R. M. (2019). Lean thinking: A transversal and global management philosophy to achieve sustainability benefits. Lean engineering for global development. In: A. C. Alves, F.-J. Kahlen, S. Flumerfelt, & A. B. Siriban-Manalang (ed.), Springer, Cham, ISBN: 978-3-030-13515-7, 1-31.

Andersen, H., Røvik, K. A., & Ingebrigtsen, T. (2014). Lean thinking in hospitals: Is there a cure for the absence of evidence? A systematic review of reviews. BMJ Open, 4(1), e003873.

Anderson, J. B., Marsteller, H., & Shah, K. (2019). Lean thinking for primary care. Primary Care: Clinics in Office Practice, 46(4), 515-527.

Jothishanmugam, A., Begum, S., Abdelgader, A. A. M., Abd AllaHamid, H. I., & Abdalghani, N. A. A. (2020). Psychological impact of COVID-19 outbreak on nurses: A systematic review. *International Journal of Research in Pharmaceutical Sciences*, 11(SPL1), 1905-1913.

Ashrafian, A., Powell, D. J., Ingvaldsen, J. A., Dreyer, H. C., Holtskog, H., Schütz, P., Holmen, E., Pedersen, A.-C., & Lodgaard, E. (2019). Sketching the landscape for lean digital transformation. *Advances in Production Management Systems. Production Management for the Factory of the Future*. In: F. Ameri, K. E. Steck, G. von Cieminski, & D. Kiritsis (ed.), Springer, Cham, ISBN: 978-3-030-30000-5, 29-36.

Aslan, S., & Pekcan, G. (2020). Hastanelerde yalın yönetim uygulamaları: Gümüşhane acil servisi değerlendirmesi. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 7(1), 1-12.

Augusto, B. P., & Tortorella, G. L. (2019). Literature review on lean healthcare implementation: Assessment methods and practices. *International Journal of Services and Operations Management*, 32(3), 285-306.

Ayaz, S., & Beydağ, K. D. (2014). Hemşirelerin iş yaşamı kalitesini etkileyen etmenler: Balıkesir örneği. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 1(2), 60-69.

Aygün, G., & Özvurmaz, S. (2020). Sağlık çalışanlarının yaşadığı iş kazaları ve ilişkili faktörler. *Medical Sciences*, 15(4), 123-132.

Aytaç, Z., & Durmuşoğlu, M. B. (2009). Hastanelerde yalın yönetim sistemleri. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Teknik Üniversitesi.

Banks, C., & Pearson, S. (2021). Personality, staff attitudes and their association with absenteeism and presenteeism in Australian public sector hospital-based nurses: A cross-sectional study. *Journal of Nursing Management*, 29(8), 2639-2646.

Barnas, K., & Adams, E. (2016). Beyond heroes: Sağlık sektörü için yalın yönetim sistemi. Optimist Yayınevi, İstanbul, ISBN: 978-6-0532-2303-0.

Başol, E., & Işık, A. (2014). Türkiye’de sağlık politikalarında güncel gelişmeler: Sağlıkta dönüşüm programından günümüze bazı değerlendirme ve öneriler. *International Anatolia Academic Online Journal Social Sciences Journal*, 2(2), 1-26.

Baumgart, A., & Neuhauser, D. (2009). Frank and Lillian Gilbreth: Scientific management in the operating room. *BMJ Quality & Safety*, 18(5), 413-415.

Baykara Mat, S. T., & Baykal, Ü. (2020). Hastanelerde sağlık çalışanlarının israfa ilişkin görüşlerinin nitel olarak incelenmesi ve israfa ilişkin tutum ölçeğinin geliştirilmesi. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa.

Bender, J. S., Nicolescu, T. O., Hollingsworth, S. B., Murer, K., Wallace, K. R., & Ertl, W. J. (2015). Improving operating room efficiency via an interprofessional approach. *The American Journal of Surgery*, 209(3), 447-450.

Ben-Tovim, D. I., Bassham, J. E., Bolch, D., Martin, M. A., Dougherty, M., & Szwarcbord, M. (2007). Lean thinking across a hospital: Redesigning care at the Flinders Medical Centre. *Australian Health Review*, 31(1), 10.

Bercaw, R. G. (2013). *Lean leadership for healthcare: Approaches to lean transformation*. CRC Press, ISBN: 978-1-4665-1554-3.

Bernardes, R. A., Caldeira, S., Parreira, P., Sousa, L. B., Apóstolo, J., Almeida, I. F., Santos-Costa, P., Stolt, M., & Guardado Cruz, A. (2023). Foot and ankle disorders in nurses exposed to prolonged standing environments: A scoping review. *Workplace Health & Safety*, 71(3), 101-116.

Bharambe, V., Patel, S., Moradiya, P., & Acharya, V. (2020). Implementation of 5S in Industry: A review. *Multidisciplinary International Research Journal of Gujarat Technological University*, 2(1), 12-27.

Bıkmaz, Z. (2019). Hemşirelerin yalın yönetime ilişkin algı düzeyi ile örgütsel stres düzeyleri arasındaki ilişki. *Current Debates on Social Sciences Human Studies*, 3, 421-435.

Bicheno, J., & Holweg, M. (2008). *The lean toolbox: The essential guide to lean transformation*. Piccie Books, Buckingham, ISBN: 978-0-9541-2445-8.

Biçer, İ., Çapar, H., Çilhoroz, Y., & Çakmak, C. (2020). Yalın liderlik ölçeğinin Türkçe uyarlaması: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 7(3), 352-362.

Boeije, H. (2009). *Analysis in qualitative research* (C. 26). SAGE Publications.

Booker, L. A., Sletten, T. L., Alvaro, P. K., Barnes, M., Collins, A., Chai-Coetzer, C. L., Naqvi, A., McMahon, M., Lockley, S. W., Rajaratnam, S. M. W., & Howard, M. E. (2020). Exploring the associations between shift work disorder, depression, anxiety and sick leave taken amongst nurses. *Journal of Sleep Research*, 29(3), e12872.

Bortolotti, T., Boscari, S., & Danese, P. (2015). Successful lean implementation: Organizational culture and soft lean practices. *International Journal of Production Economics*, 160, 182-201.

Bourgault, A. M., Upvall, M. J., & Graham, A. (2018). Using gemba boards to facilitate evidence-based practice in critical care. *Critical Care Nurse*, 38(3), e1-e7.

Boztosun, D., Kınış, Z., & Demirtaş, Ö. (2022). Yalın liderliğin iş-aile çatışmasına etkisinde algılanan örgütsel desteğin aracı rolü: Kayseri’de bir kamu hastanesi örneği. *Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 48, 383-391.

Brackett, T., Comer, L., & Whichello, R. (2013). Do lean practices lead to more time at the bedside? *Journal for Healthcare Quality*, 35(2), 7-14.

Brandao De Souza, L. (2009). Trends and approaches in lean healthcare. *Leadership in Health Services*, 22(2), 121-139.

Brenig-Jones, M., & Dowdall, J. (2021). *Lean six sigma for dummies* (4. bs). John Wiley & Sons, New Jersey, ISBN: 978-1-1197-9671-8.

Brito, M., Ramos, A., Carneiro, P., & Gonçalves, M. A. (2019). The eighth waste: Non-utilized talent. *Lean manufacturing: Implementation, opportunities and challenges*. In: F. J. G. Silva & L. C. Pinto Ferreira (ed.), Nova Science Publishers, New York, ISBN: 978-1-5361-5725-3, 151-163.

Buchanan, C., Howitt, M. L., Wilson, R., Booth, R. G., Risling, T., & Bamford, M. (2020). Predicted influences of artificial intelligence on the domains of nursing: Scoping review. *JMIR Nursing*, 3(1), e23939.

Bulut, F. & Civaner, M. M. (2017). Hizmet sunma yükümlülüğü sınırlarının tıp etiği açısından analizi. Yüksek Lisans Tezi, Bursa Uludağ Üniversitesi.

Burgess, N., & Radnor, Z. (2013). Evaluating lean in healthcare. *International journal of health care quality assurance*, 26(3), 220-235.

Bush, R. W. (2007). Reducing waste in US health care systems. *JAMA*, 297(8), 871-874.

Card, A. J. (2017). The problem with '5 whys'. *BMJ Quality & Safety*, 26(8), 671-677.

Cattaneo, L., Rossi, M., Negri, E., Powell, D., & Terzi, S. (2017). Lean thinking in the digital era. *Product Lifecycle Management and the Industry of the Future*. In: J. Ríos, A. Bernard, A. Bouras, & S. Foufou (ed.), Springer International Publishing, ISBN: 978-3-3197-2904-6, 371-381.

Chan, H., Lo, S., Lee, L., Lo, W., Yu, W., Wu, Y., Ho, S., Yeung, R., & Chan, J. (2014). Lean techniques for the improvement of patients' flow in emergency department. *World Journal of Emergency Medicine*, 5(1), 24-28.

Charron, R., Harrington, H. J., Voehl, F., & Wiggin, H. (2014). *The lean management systems handbook* (C. 4). CRC Press, ISBN: 978-1-4665-6435-0.

Chbaly, H., & Brunet, M. (2022). Enhancing healthcare project definition with lean-led design. *Sustainability*, 14(3), 1588.

Cifone, F. D., Hoberg, K., Holweg, M., & Staudacher, A. P. (2021). 'Lean 4.0': How can digital technologies support lean practices? *International Journal of Production Economics*, 241, 108258.

Cima, R. R., Brown, M. J., Hebl, J. R., Moore, R., Rogers, J. C., Kollengode, A., Amstutz, G. J., Weisbrod, C. A., Narr, B. J., & Deschamps, C. (2011). Use of lean and six sigma methodology to improve operating room efficiency in a high-volume Tertiary-Care Academic Medical Center. *Journal of the American College of Surgeons*, 213(1), 83-92.

Collar, R. M., Shuman, A. G., Feiner, S., McGonegal, A. K., Heidel, N., Duck, M., McLean, S. A., Billi, J. E., Healy, D. W., & Bradford, C. R. (2012). Lean management in academic surgery. *Journal of the American College of Surgeons*, 214(6), 928-936.

Collins, S., Couture, B., Kang, M. J., Dykes, P., Schnock, K., Knaplund, C., Chang, F., & Cato, K. (2018). Quantifying and visualizing nursing flowsheet documentation burden in acute and critical care. *AMIA Annual Symposium Proceedings. AMIA Symposium*, 348-357.

Cooper, A. L., Brown, J. A., Eccles, S. P., Cooper, N., & Albrecht, M. A. (2021). Is nursing and midwifery clinical documentation a burden? An empirical study of perception versus reality. *Journal of Clinical Nursing*, 30(11-12), 1645-1652.

Corbin, J., & Strauss, A. (2014). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory*. SAGE Publications.

Creed, M., McGuirk, M., Buckley, R., De Brún, A., & Kilduff, M. (2019). Using lean six sigma to improve controlled drug processes and release nursing time. *Journal of Nursing Care Quality*, 34(3), 236.

Creswell, J. W. (2013). *Nitel araştırma yöntemleri*. Siyasal Kitapevi, İstanbul; ISBN: 978-6-0546-2745-5.

Cunningham, J. (2020). *The eight wastes of lean*. Lean Enterprise Institute.

Çakır, E. (2019). *Yalın altı sigma: Teori ve uygulama*. Hiperlink Yayınları.

Çavmak, D. (2018). Sağlık hizmetlerinde yalın yönetim: Bir özel hastane koroner yoğun bakımı değerlendirmesi. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 4(1), 54-73.

Çelenk, O., Topoyan, M., & Özçelik Kaynak, K. (2019). Yalın düşünce bakış açısıyla acil servis iş akışlarının değerlendirilmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 21(2), 585-604.

Çilhoroz, Y., & Çakmak, C. (2020). Yalın yönetim bakış açısıyla yalın liderlik. *Anemon Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 8(4), 1331-1339.

Çiriş Yıldız, C., Başbüyük, M., & Yıldırım, D. (2020). Klinik karar destek sistemlerinin hemşirelikte kullanımı. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi*, 8(2), 483-495.

Dağcı, A., & Aslan, E. (2020). Sağlık sektöründe yalın üretim uygulaması: Tokat ilinde bir devlet hastanesi örneği. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 23(4), 623-638.

Dammand, J., Hørlyck, M., Jacobsen, T. L., Lueg, R., & Röck, R. L. (2014). Lean management in hospitals: Evidence from Denmark. *Administration and Public Management Review*, 14(23), 19-35.

D'Andreamatteo, A., Ianni, L., Lega, F., & Sargiacomo, M. (2015). Lean in healthcare: A comprehensive review. *Health Policy*, 119(9), 1197-1209.

de Barros, L. B., Bassi, L. de C., Caldas, L. P., Sarantopoulos, A., Zeferino, E. B. B., Minatogawa, V., & Gasparino, R. C. (2021). Lean healthcare tools for processes evaluation: An integrative review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(14), 7389.

Demir, İ. & Kılıkış, İ. (2023). Fazla saatlerle çalışmanın iş sağlığı ve güvenliği üzerine etkileri. Yüksek Lisans Tezi, Bursa Uludağ Üniversitesi.

Deniz, N., & Özçelik, F. (2018). Sağlık hizmet süreçlerinin yalın düşünce aracılığıyla geliştirilmesi. *Pamukkale Üniversitesi Mühendislik Bilimleri Dergisi*, 24(4), 739-748.

Deran, A., & Beller, B. (2014). Hastanelerde yalın yönetimin bir aracı olarak değer akış maliyetleme ve kamu hastanesinde bir uygulama. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 32, 161-174.

Derin, N., & Tikici, M. (2008). Çalışanların algılamalarına göre yalın yönetimin iç imaja etkisi: Türkiye'deki özel hastanelerde bir araştırma. Doktora Tezi, İnönü Üniversitesi.

Desai, S., Bishnoi, R. K., Devi, S., & Rukadikar, A. (2019). A review for development of concise nursing care plan (CNCP). *International Journal of Advances in Nursing Management*, 7(4), 371.

Despotović, M., Despotović, M., Kekuš, D., Stanojević, Č., Marinović, N., & Ilić, B. (2020). Nursing research. *Sestrinska reč*, 23(80), 4-6.

Dhru, N. (2018). Overcome scheduling challenges. *Office 365 for Healthcare Professionals: Improving Patient Care Through Collaboration, Compliance, and Productivity*. In: N. Dhru (ed.), Apress, USA, ISBN:978-1-4842-3548-5, 125-144.

- Dials, K., Gossett, L., Holland, M., Osting, L., & Rutherford, D. (2019). Creating sustainable improvements: Leveraging LMS and AONE's CIT program. *Nurse Leader*, 17(2), 99-102.
- Dinsmoor, W. B. (1974). The Monopteros in the Athenian Agora. *Hesperia. The Journal of the American School of Classical Studies at Athens*, 43(4), 412-427.
- Dobrzykowski, D. D., McFadden, K. L., & Vonderembse, M. A. (2016). Examining pathways to safety and financial performance in hospitals: A study of lean in professional service operations. *Journal of Operations Management*, 42-43(1), 39-51.
- Doğan, N. Ö., & Şimşek Yağlı, B. (2019). Sağlık sektöründe yalın düşünce: Bir literatür derlemesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 22(2), 467-490.
- Doğan, N. Ö., & Unutulmaz, O. (2016). Lean production in healthcare: A simulation-based value stream mapping in the physical therapy and rehabilitation department of a public hospital. *Total Quality Management & Business Excellence*, 27(1-2), 64-80.
- Domer, G., Gallagher, T. M., Shahabzada, S., Sotherland, J., Paul, E. N., Kumar, K.-N., Wilson, B., Salpekar, S., Kaur, P., Domer, G., Gallagher, T. M., Shahabzada, S., Sotherland, J., Paul, E. N., Kumar, K.-N., Wilson, B., Salpekar, S., & Kaur, P. (2021). Patient safety: Preventing patient harm and building capacity for patient safety. In: *Contemporary Topics in Patient Safety—Volume 1*. IntechOpen.
- Duggan, K. J. (2017). *Beyond the lean office: A novel on progressing from lean tools to operational excellence*. CRC Press.
- Earley, J. (2016). *The lean book of lean: A concise guide to lean management for life and business*. John Wiley & Sons, UK, ISBN: 978-1-1190-9619-1.
- Efe, Ö. F., & Engin, O. (2012). Yalın hizmet-değer akış haritalama ve bir acil serviste uygulama. *Verimlilik Dergisi*, 4, 79-107.
- Ellioua, H., & Benamer, H. (2021). Lean management: Revue de littérature systématique. *International Journal of Accounting, Finance, Auditing, Management and Economics*, 2(3), 358-374.

Erdem, İ. (2021). Hemşirelerin yönetimsel sorunları: Çalışan hemşireler üzerine bir araştırma. *Ahi Evran Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 7(1), 151-162.

Eren, B. (2019). *Yalın yönetim ve teknikleri: Soru ve yanıtlarla*. Yazardan Direkt, İstanbul, ISBN: 978-6-0593-8556-5.

Ertaş, H., & Çelik, Ö. (2018). Sağlıkta kalite standartları üzerine nitel bir değerlendirme. *Sağlık Yönetimi Dergisi*, 2(1), 18-40.

Eşkin Bacaksız, F., Alan, H., Taskiran Eskici, G., & Gümüş, E. (2020). A cross-sectional study of the determinants of missed nursing care in the private sector: Hospital/unit/staff characteristics, professional quality of life and work alienation. *Journal of Nursing Management*, 28(8), 1975-1985.

Farokhzadian, J., Khajouei, R., Hasman, A., & Ahmadian, L. (2020). Nurses' experiences and viewpoints about the benefits of adopting information technology in health care: A qualitative study in Iran. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 20(1), 240.

Fay, L., Carll-White, A., & Real, K. (2018). Emergency nurses' perceptions of efficiency and design: Examining ED structure, process, and outcomes. *Journal of Emergency Nursing*, 44(3), 274-279.

Fazla çalışmanın uygulama esaslarını gösterir yönetmelik, (1975). T.C. Resmî Gazete, 15176.

Filser, L. D., Francisco da Silva, F., & José de Oliveira, O. (2017). State of research and future research tendencies in lean healthcare: A bibliometric analysis. *Scientometrics*, 112, 799-816.

Ford, A. L., Williams, J. A., Spencer, M., McCammon, C., Khoury, N., Sampson, T. R., Panagos, P., & Lee, J.-M. (2012). Reducing door-to-needle times using Toyota's lean manufacturing principles and value stream analysis. *Stroke*, 43(12), 3395-3398.

Gadea Company, P., & Budía Alba, A. (2019). Lean methodology and nursing. *JOJ Nurse Health Care*, 10(5).

Galanis, P., Vrakka, I., Fragkou, D., Bilali, A., & Kaitelidou, D. (2021). Nurses' burnout and associated risk factors during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 77(8), 3286-3302.

- Gallo, A.-M., Doyle, R. A. C., Beckman, J., & Lizarraga, C. G. (2020). Blending evidence-based practice and lean six sigma methodology to reduce hospital-acquired pressure injuries in a progressive care unit. *Journal of Nursing Care Quality*, 35(4), 295.
- Galsworth, G. D. (2017). *Visual workplace visual thinking: Creating enterprise excellence through the technologies of the visual workplace*. CRC Press.
- Gaughan, M. R., Kwon, M., Park, E., & Jungquist, C. (2022). Nurses' experience and perception of technology use in practice: A qualitative study using an extended technology acceptance model. *CIN: Computers, Informatics, Nursing*, 40(7), 478-486.
- Gemmel, P., Van Beveren, S., Landry, S., & Meijboom, B. (2019). Problem-solving behaviour of nurses in a lean environment. *Journal of Nursing Management*, 27(1), 35-41.
- Gesner, E., Dykes, P. C., Zhang, L., & Gazarian, P. (2022). Documentation burden in nursing and its role in clinician burnout syndrome. *Applied Clinical Informatics*, 13(05), 983-990.
- Glossmann, J.-P., Schliebusch, O., Diehl, V., & Walshe, R. (2000). "Lean Management" im ärztlichen Bereich Möglichkeiten und Grenzen: Möglichkeiten und Grenzen. *Medizinische Klinik*, 95, 470-473.
- Gohar, B., Larivière, M., Lightfoot, N., Larivière, C., Wenghofer, E., & Nowrouzi-kia, B. (2021). Demographic, lifestyle, and physical health predictors of sickness absenteeism in nursing: A meta-analysis. *Safety and Health at Work*, 12(4), 536-543.
- Gökalp, K. (2021). Farklı kuşak hemşirelerin mesleki bağlılıkları. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 8(2), 214-220.
- Göktepe, N., Türkmen, E., Kebapçı, A., Albayrak, S., Topçu, İ., Turan Miral, M., Serbest, Ş., & Özkan, D. (2020). Executive nurses' views about nursing work environment: A qualitative study. *Journal of Health and Nursing Management*, 7, 17-30.
- Graban, M. (2011). *Yalın hastane*. Optimist Yayınevi, İstanbul, ISBN: 978-6-0556-5557-0.
- Gutsche, J. T., Erickson, L., Ghadimi, K., Augoustides, J. G., Dimartino, J., Szeto, W. Y., & Ochroch, E. A. (2014). Advancing extubation time for cardiac surgery patients using lean work design. *Journal of Cardiothoracic and Vascular Anesthesia*, 28(6), 1490-1496.

- Haddad, L. M., Annamaraju, P., & Toney-Butler, T. J. (2023). Nursing shortage. In: StatPearls. StatPearls Publishing.
- Han, B., Li, Q., Chen, X., & Zhao, G. (2020). Workflow for intensive care unit nurses: A time and motion study. *SAGE Open*, 10(3), 215824402094743.
- Hedges, C., Hunt, C., & Ball, P. (2019). Quiet time improves the patient experience. *Journal of Nursing Care Quality*, 34(3), 197.
- Helmold, M. (2020). The human side of lean management. In: *Lean Management and Kaizen: Fundamentals from Cases and Examples in Operations and Supply Chain Management*, Springer International Publishing, 123-129.
- Helseth, C. C., Khan M, A., Munson, D. P., & Stevens, D. C. (2017). The effect of neonatal intensive care unit design on the distance walked by nurses. *Journal of Nursing and Health Studies*, 1(1).
- Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun (2007). T.C. Resmî Gazete, 5634.
- Henrique, D. B., Filho, M. G., Marodin, G., Jabbour, A. B. L. de S., & Chiappetta Jabbour, C. J. (2021). A framework to assess sustaining continuous improvement in lean healthcare. *International Journal of Production Research*, 59(10), 2885-2904.
- Henrique, D. B., Rentes, A. F., Godinho Filho, M., & Esposto, K. F. (2016). A new value stream mapping approach for healthcare environments. *Production Planning & Control*, 27(1), 24-48.
- Hundal, G. S., Thiyagarajan, S., Alduraibi, M., Laux, C. M., Furterer, S. L., Cudney, E. A., & Antony, J. (2021). Lean six sigma as an organizational resilience mechanism in health care during the era of COVID-19. *International Journal of Lean Six Sigma*, 12(4), 762-783.
- Hussain, M., & Malik, M. (2016). Prioritizing lean management practices in public and private hospitals. *Journal of Health Organization and Management*, 30(3), 457-474.
- Iannicelli, A. M., De Matteo, P., Vito, D., Pellecchia, E., Dodaro, C., Giallauria, F., & Vigorito, C. (2019). Use of the North American nursing diagnosis association taxonomies, nursing intervention classification, nursing outcomes classification and NANDA-NIC-NOC linkage in cardiac rehabilitation. *Monaldi Archives for Chest Disease*, 89(2).

International Labour Office (2005). ILO nursing personnel convention no. 149. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_dialogue/---sector/documents/publication/wcms_508335.pdf, [Erişim Tarihi: 29 Ekim 2023].

İntepeler, ř. S., Samur, M., & Dirik, H. F. (2014). Kalite geliştirme araçlarının risk yönetiminde kullanımı: İlaç hatası örneği. Sağlık Akademisyenleri Dergisi, 1(1), 67-73.

Işık, O. (2013). Yalın düşünce. Sağlık kurumlarında kalite yönetimi. In: S. Kaya (ed.), Anadolu Üniversitesi.

Jasti, N. V. K., & Kodali, R. (2016). Development of a framework for lean production system: An integrative approach. Proceedings of the Institution of Mechanical Engineers, Part B: Journal of Engineering Manufacture, 230(1), 136-156.

Jones, W. D., Rodts, M. F., & Merz, J. (2022). Influencing discharge efficiency: Addressing interdisciplinary communication, transportation, and COVID-19 as barriers. Professional Case Management, 27(4), 169-180.

Kaplan, G. S. (2020). Defining a new leadership model to stay relevant in healthcare. Frontiers of Health Services Management, 36(3), 12-20.

Kargı, N., & Özdemir, R. (2022). Bir özel hastanede görev yapan sağlık çalışanlarının iş doyumunu ve tükenmişlik düzeyi ile ilişkili faktörler. Unika Sağlık Bilimleri Dergisi, 2(3), 332-344.

Karvonen, S., Holma, T., Korpelainen, J., Leivonen, K., Michelsson, K., Rantala, M.-R., Porkkala, T., & Lukkarila, P. (2023). Key flow processes on wards. HERD: Health Environments Research & Design Journal, 16(2), 208-222.

Kavanagh, A., & Donnelly, J. (2020). A lean approach to improve medication administration safety by reducing distractions and interruptions. Journal of Nursing Care Quality, 35(4), E58-E62.

Kavas, B. N., & Develi, A. (2020). Çalışma yaşamındaki sorunlar bağlamında COVID-19 pandemisinin kadın sağlık çalışanları üzerindeki etkisi. Uluslararası Anadolu Sosyal Bilimler Dergisi, 4(2), 84-112.

Kaynak, K. Ö., & Öztuna, B. (2020). İşe yeni başlayan hemşirelerin örgütsel bağlılıkları ile personel devir oranları: Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi hemşireleri üzerine bir araştırma. *Nazilli İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 1(1), 27-38.

Keating, S. A., Berland, A., Capone, K., & Chickering, M. J. (2020). Establishing global nursing education equity by developing open access resources. *Nurse Educator*, 45(2), 63.

Keith, A. C., Warshawsky, N., Neff, D., Loerzel, V., & Parchment, J. (2021). Factors that influence nurse manager job satisfaction: An integrated literature review. *Journal of Nursing Management*, 29(3), 373-384.

Kılıçarslan, M. (2018). Sağlıkta israf (Yalın Hastane). İKSAD Yayınevi.

Kim, Y., & Kim, H.-Y. (2021). Retention rates and the associated risk factors of turnover among newly hired nurses at South Korean Hospitals: A retrospective cohort study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(19), 10013.

Klee, K., Latta, L., Davis-Kirsch, S., & Pecchia, M. (2012). Using continuous process improvement methodology to standardize nursing handoff communication. *Journal of Pediatric Nursing*, 27(2), 168-173.

Klein, L. L., Tonetto, M. S., Avila, L. V., & Moreira, R. (2021). Management of lean waste in a public higher education institution. *Journal of Cleaner Production*, 286, 125386.

Koç, Z., & Ecevit Alpar, Ş. (2023). Yalın hastane uygulamalarının hemşirelerin doğrudan bakım faaliyetlerine etkisi. *Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi*.

Koçyiğit, S. Ç., Türk, M., & Karacan, G. (2022). Tıbbi sarf malzemelerin etkinliğinin değerlendirilmesi: Özel bir hastane uygulaması. *Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 24(2), 510-527.

Kovacevic, M., Jovicic, M., Djapan, M., & Zivanovic-Macuzic, I. (2016). Lean thinking in healthcare: Review of implementation results. *International Journal for Quality Research*, 10(1), 219-230.

Kowalczyk, K., Krajewska-Kulak, E., & Sobolewski, M. (2020). Working excessively and burnout among nurses in the context of sick leaves. *Frontiers in Psychology*, 11.

Krafcik, J. F. (1988). Triumph of the lean production system. *Sloan management review*, 30(1), 41-52.

Krajnc, F., & Kadivec, S. (2019). Odnos diplomiranih medicinskih sester, zaposlenih v zdravstveni dejavnosti na primarni in terciarni ravni, do raziskovanja v zdravstveni negi. *Obzornik zdravstvene nege*, 53(4), 300-308.

Kuzdan, M. Ö., Alim, R., Karaaslan, B., Çelebi, S., & Seyithan, Ö. (2018). The effect of technical problems on the operation process in pediatric laparoscopy. *The Medical Bulletin of Sisli Etfal Hospital*, 53(2):110–113.

Lee, D., & Yoon, S. N. (2021). Application of artificial intelligence-based technologies in the healthcare industry: Opportunities and challenges. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(1), 271.

Leite, H., Bateman, N., & Radnor, Z. (2020). Beyond the ostensible: An exploration of barriers to lean implementation and sustainability in healthcare. *Production Planning & Control*, 31(1), 1-18.

Leite, H., Williams, S., Radnor, Z., & Bateman, N. (2022). Emergent barriers to the lean healthcare journey: Baronies, tribalism and scepticism. *Production Planning & Control*, 0(0), 1-18.

Letícia, F., Dário, L. & Alliprandini, H., Letícia Lizarelli, F., & Alliprandini, D. H. (2020). Comparative analysis of Lean and Six Sigma improvement projects: Performance, changes, investment, time and complexity. *Total Quality Management & Business Excellence*, 31(3-4), 407-428.

Lima, R. M., Dinis-Carvalho, J., Souza, T. A., Vieira, E., & Gonçalves, B. (2021). Implementation of lean in health care environments: An update of systematic reviews. *International Journal of Lean Six Sigma*, 12(2), 399-431.

Lindenau-Stockfisch, Verena. (2011). *Lean management in hospitals: Principles and key factors for successful implementation*. Bachelor+ Master Publication.

- Mabizela, S., Nakambale, H. N., & Bangalee, V. (2023). Predictors of medicine redistribution at public healthcare facilities in King Cetshwayo District, KwaZulu-Natal, South Africa. *BMC Health Services Research*, 23(1), 1108.
- Magalhaes, A. L. P., Erdmann, A. L., da Silva, E. L., & dos Santos, J. L. G. (2016). Lean thinking in health and nursing: An integrative literature review. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24, e2734.
- Malmqvist, J., Hellberg, K., Möllås, G., Rose, R., & Shevlin, M. (2019). Conducting the pilot study: A neglected part of the research process? Methodological findings supporting the importance of piloting in qualitative research studies. *International Journal of Qualitative Methods*, 18, 1609406919878341.
- Mann, D. (2015). *Creating a lean culture: Tools to sustain lean conversions*. CRC Press.
- Manning, J. (2017). In vivo coding. *The international encyclopedia of communication research methods*. In Matthes, J. (ed.). Wiley-Blackwell, New York, 1-2.
- Marin-Garcia, J. A., Vidal-Carreras, P. I., & Garcia-Sabater, J. J. (2021). The role of value stream mapping in healthcare services: A scoping review. *International Journal of Environmental Research And Public Health*, 18(3), 951.
- McCulloch, P., Kreckler, S., New, S., Sheena, Y., Handa, A., & Catchpole, K. (2010). Effect of a “Lean” intervention to improve safety processes and outcomes on a surgical emergency unit. *BMJ*, 341.
- Mert Haydari, S., Kocaman, G., & Aluş Tokat, M. (2016). A survey on the intention of the nurses’ of different generations to leave their job and profession and their organizational and professional commitment. *Journal of Health and Nursing Management*, 3(3), 119-131.
- Miles, M. B., Huberman, A. M. ve Saldaña, J. (2014). *Qualitative data analysis: A methods sourcebook* (3th ed.). Thousand Oaks. SAGE.
- Montgomery, D. (2013). Lean six sigma and quality management. *Quality and Reliability Engineering International*, 29(7), 935-935.

- Moons, K., Waeyenbergh, G., & Pintelon, L. (2019). Measuring the logistics performance of internal hospital supply chains – A literature study. *Omega*, 82, 205-217.
- Moreno-Fergusson, M. E., Guerrero Rueda, W. J., Ortiz Basto, G. A., Arevalo Sandoval, I. A. L., & Sanchez-Herrera, B. (2021). Analytics and lean health care to address nurse care management challenges for inpatients in emerging economies. *Journal of Nursing Scholarship*, 53(6), 803-814.
- Mousavi Isfahani, H., Tourani, S., & Seyedin, H. (2018). Lean management approach in hospitals: A systematic review. *International Journal of Lean Six Sigma*, 10(1), 161-188.
- Naik, T., Duroseau, Y., Zehtabchi, S., Rinnert, S., Payne, R., McKenzie, M., & Legome, E. (2012). A structured approach to transforming a large public hospital emergency department via lean methodologies. *Journal for Healthcare Quality*, 34(2), 86-97.
- NHS Institute for Innovation and Improvement (2007). Going lean in the NHS. <https://www.england.nhs.uk/improvement-hub/wp-content/uploads/sites/44/2017/11/Going-Lean-in-the-NHS.pdf>, [Erişim Tarihi: 16 Mart 2022].
- Nicosia, F. M., Park, L. G., Gray, C. P., Yakir, M. J., & Hung, D. Y. (2018). Nurses' perspectives on lean redesigns to patient flow and inpatient discharge process efficiency. *Global Qualitative Nursing Research*, 5, 2333393618810658.
- Noviati, B. E., & Dyah Yuliati, B. (2020). What can nurses do to implement lean hospitals? *The Malaysian Journal of Nursing*, 12(1), 92-97.
- NSI Nursing Solutions. (2023). Charted: The impact of nurse turnover in 2022.
- Ohno, T. (1988). Toyota production system: Beyond large-scale production. In: *Toyota Production System: Beyond Large-Scale Production*. Productivity Press.
- O'Mahony, L., McCarthy, K., O'Donoghue, J., Teeling, S. P., Ward, M., & McNamara, M. (2021). Using lean six sigma to redesign the supply chain to the operating room department of a private hospital to reduce associated costs and release nursing time to care. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(21), 11011.

Özcan, S., Tanrıöver, F., Akın, B., & Akın, S. (2015). Kalite yolunda adım adım yalınlaşma: Bir devlet hastanesi örneği. V. Sağlıkta Kalite ve Performans Kongresi.

Özdağoğlu, A., & Rebiş, S. (2016). Applications of kaizen and cycle time reduction as lean production techniques in a semi-flexible PVC film producer. *International Journal of Management Economics and Business*, 12(28), 25-37.

Özdemir, D., & Emel, E. (2013). Hastane süreçlerinin yalın yöntemler ile iyileştirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Uludağ Üniversitesi.

Özen, İ. (2015). Yalın düşünce uygulaması: Hastanelerde değer katmayan faaliyetlerin ortadan kaldırılması. *Marmara Üniversitesi Öneri Dergisi*, 11(44), 205-219.

Özgünay, Ş. E., Eminoğlu, Ş., Önen, S., Gürbüz, H., Kılıçarslan, N., Karasu, D., & Onur, T. (2022). COVID-19 pandemisinde anestezi ve yoğun bakım ünitesi çalışanlarında merhamet ve kronik yorgunluk: Bir tanımlayıcı çalışma. *Türkiye Klinikleri Journal of Anesthesiology Reanimation*, 20(3).

Özkan, O., & Orhaner, E. (2018). Özel hastane yöneticilerinin yalın yönetim yaklaşımına ilişkin görüşleri: Ankara ili örneği. *Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*, 1(1), 1-12.

Palange, A., & Dhatrak, P. (2021). Lean manufacturing a vital tool to enhance productivity in manufacturing. *Materials Today: Proceedings*, 46, 729-736.

Park, B., & Ko, Y. (2020). Turnover rates and factors influencing turnover of Korean Acute Care Hospital nurses: A retrospective study based on survival analysis. *Asian Nursing Research*, 14(5), 293-299.

Parkhi, S. S. (2019). Lean management practices in healthcare sector: A literature review. *Benchmarking: An International Journal*, 26(4), 1275-1289.

Patri, R., & Suresh, M. (2018). Factors influencing lean implementation in healthcare organizations: An ISM approach. *International Journal of Healthcare Management*, 11(1), 25-37.

Pekuri, A., Pekuri, L., & Haapasalo, H. (2014). Lean as a business model. *IGLC*, Oslo, 51-60.

- Pfaff, H. (1994). Lean Production—Ein Modell für das Krankenhaus? Gefahren, Chancen, Denkanstöße. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*, 2(1), 61-80.
- Poksinska, B. B., Fialkowska-Filipek, M., & Engström, J. (2017). Does lean healthcare improve patient satisfaction? A mixed-method investigation into primary care. *BMJ Quality & Safety*, 26(2), 95-103.
- Proudlove, N., Moxham, C., & Boaden, R. (2008). Lessons for lean in healthcare from using six sigma in the NHS. *Public Money & Management*, 28(1), 27-34.
- Punch, K. F. (2014). *Introduction to social research: Quantitative and qualitative approaches*. SAGE Publications, ISBN: 978-1-4462-9616-5.
- Ramori, K. A., Cudney, E. A., Elrod, C. C., & Antony, J. (2021). Lean business models in healthcare: A systematic review. *Total Quality Management & Business Excellence*, 32(5-6), 558-573.
- Ramos, G. G., & Coelho, M. A. (2022). Value stream mapping in healthcare and sustainable development: A systematic review. *Revista Produção Online*, 21(4), 1116-1142.
- Rauvola, R. S., & Thomas, C. L. (2019). An ethical role for I-O psychology in lean management. *Industrial and Organizational Psychology*, 12(3), 239-242.
- Rich, N., Bateman, N., Esain, A., Massey, L., & Samuel, D. (2006). *Lean evolution: Lessons from the workplace*. Cambridge University Press, ISBN: 978-1-1394-5799-6.
- Rietze, L., Heale, R., Roles, S., & Hill, L. (2018). Identifying the factors associated with Canadian registered nurses' engagement in advance care planning. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 20(3), 230-236.
- Rodgers, B. A., Antony, J., He, Z., Cudney, E. A., & Laux, C. (2019). A directed content analysis of viewpoints on the changing patterns of lean six sigma research. *The TQM Journal*, 31(4), 641-654.
- Rona Consulting Group. (2014). *The Lean Healthcare Dictionary: An Illustrated Guide to Using the Language of Lean Management in Healthcare*. CRC Press.

Sağlık Bakanlığı (2021). SKS Hastane (Sürüm 6). <https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr/TR-66100/sks-hastane-surum-6-hakkinda.html>, [Erişim Tarihi: 29 Ekim 2023].

Sağlık Bakanlığı (2024). Sertifikalı eğitim programları. <https://shgmesdb.saglik.gov.tr/TR-63589/sertifikali-egitim-programlari.html#>, [Erişim Tarihi: 16 Mart 2023].

Saldaña, J. (2016). The coding manual for qualitative researchers. SAGE Publications, ISBN: 978-1-4739-4359-9.

Santos, A. C. de S. G. dos, Reis, A. da C., Souza, C. G. de, Santos, I. L. dos, & Ferreira, L. A. F. (2020). The first evidence about conceptual vs analytical lean healthcare research studies. *Journal of Health Organization and Management*, 34(7), 789-806.

Sarıhan, M., & Yazar, O. (2021). Sağlık sektöründe yönetsel etik kaygılar. *Avrupa Bilim ve Teknoloji Dergisi*, 27, 267-282.

Saygın, T., & Keklik, B. (2014). Tıbbi hata nedenleri üzerine bir araştırma: Isparta ili örneği. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 17(2), 100-116.

Schaller, J. (2006). Building a lean house without waste from the ground up: HHD connecticut's approach to lean culture change. *Target*, 22(6).

Sevinç, E., Kırmacı, M., Zengin, P. D. N., & Sezer, S. (2023). Hemşirelerin kendi kendine ilaç kullanma ve önerme durumlarının incelenmesi. *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 19, 208-223.

Sezer, Ö., & Sarı, C. (2017). Yeni kamu yönetimi anlayışının Türk yargı sistemine etkileri. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 9(20), 196-215.

Shah, R., & Ward, P. T. (2007). Defining and developing measures of lean production. *Journal of Operations Management*, 25(4), 785-805.

Shatrov, K., Pessina, C., Huber, K., Thomet, B., Gutzeit, A., & Blankart, C. R. (2021). Improving health care from the bottom up: Factors for the successful implementation of kaizen in acute care hospitals. *Plos One*, 16(9), e0257412.

Skeldon, S. C., Simmons, A., Hersey, K., Finelli, A., Jewett, M. A., Zlotta, A. R., & Fleshner, N. E. (2014). Lean methodology improves efficiency in outpatient academic uro-oncology clinics. *Urology*, 83(5), 992-998.

Song, M. S., & Yun, H. (2019). Communication with a physician experienced by a nurse in a clinical setting: Using focus group interview. *Journal of Digital Convergence*, 17(9), 279-290.

Souza, T. A., Roehle Vaccaro, G. L., & Lima, R. M. (2020). Operating room effectiveness: A lean health-care performance indicator. *International Journal of Lean Six Sigma*, 11(5), 987-1002.

Söyük, S., & Kurtuluş, S. A. (2017). Acil servislerde yaşanan sorunların çalışanlar gözünden değerlendirilmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(4), 44-56.

Stake, R. (2005). *The art of case study research*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Steere, L. (2022). 5-Year impact of lean central venous catheter occlusion management & quality interventions. *Clinical Nurse Specialist*, 36(2), 92-98.

Stentoft, J., & Freytag, P. V. (2020). Improvement culture in the public mental healthcare sector: Evaluation of implementation efforts. *Production Planning & Control*, 31(7), 540-556.

Sutrisno, A., Vanany, I., Gunawan, I., & Asjad, M. (2018). Lean waste classification model to support the sustainable operational practice. *IOP Conference Series: Materials Science and Engineering*, 337, 012067.

Sy, V. (2020). Igniting the fire of inquiry: Strategies to advance hospital nursing research. *Nursing Management*, 51(6), 50-53.

Şimşir, İ., Bağış, M., Kurutkan, M. N., & Oğuz, B. (2013). Sağlık hizmetlerinde israf yönetimi. IV. Sağlıkta Kalite ve Performans Kongresi Sözel Bildiriler Kitabı. İçinde: U. Beylik, Ö. Önder, D. Tarhan, & S. H. Kapan (ed.), *Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü*, 21-38.

Tamata, A. T., & Mohammadnezhad, M. (2023). A systematic review study on the factors affecting shortage of nursing workforce in the hospitals. *Nursing Open*, 10(3), 1247-1257.

Tan, J., Tian, Y., Wang, L., He, Y., Cui, S., Feng, C., & Cai, A. (2023). Lean management of nursing human resources during COVID-19 pandemic. *Nursing Open*, 10(9), 6575-6582.

Toledo, A. H., Carroll, T., Arnold, E., Tulu, Z., Caffey, T., Kearns, L. E., & Gerber, D. A. (2013). Reducing liver transplant length of stay: A lean six sigma approach. *Progress in Transplantation*, 23(4), 350-364.

Tortorella, G., van Dun, D. H., & de Almeida, A. G. (2020). Leadership behaviors during lean healthcare implementation: A review and longitudinal study. *Journal of Manufacturing Technology Management*, 31(1), 193-215.

Torun Kılıç, Ç., & Öztürk, H. (2020). Lean approach to processes regarding nursing activities at hospital: Evaluation of nurses' views. *Clinical and Experimental Health Sciences*, 10(4), 337-347.

Torun Kılıç, Ç., & Öztürk, H. (2023). Hemşirelik hizmetlerinde yalın yönetim uygulamaları: Bir genel cerrahi servis örneği. Doktora Tezi, Karadeniz Teknik Üniversitesi.

Toussaint, J. S., & Berry, L. L. (2013). The promise of lean in health care. *Mayo Clinic Proceedings*, 88(1), 74-82.

Tunç, Ş., & Göklü, M. R. (2021). Koronavirüs hastalığı 2019 (COVID-19) pandemisi ile karşı karşıya kalan sağlık çalışanları arasında tükenmişlik sendromu. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 18(3), 375-383.

Türkdoğan, N., Güceğlioğlu, S., & Demirörs, O. (2017). Yazılım mühendisliği projelerinde fazla mesainin verimlilik üzerine etkileri. 11. Ulusal Yazılım Mühendisliği Sempozyumu, 135-146.

Türkön, B. F., & Toraman, A. (2023). Sağlık kurumlarında yalın yönetim: Bursa ilinde bir uygulama örneği. *Verimlilik Dergisi*, 57(1), 211-238.

Udod, S. A., Duchscher, J. B., Goodridge, D., Rotter, T., McGrath, P., & Hewitt, A. D. (2020). Nurse managers implementing the lean management system: A qualitative study in Western Canada. *Journal of Nursing Management*, 28(2), 221-228.

Ulhasan, W., von Thiele Schwarz, U., Westerlund, H., Sandahl, C., & Thor, J. (2015). How visual management for continuous improvement might guide and affect hospital staff: A case study. *Quality Management in Health Care*, 24(4), 222-228.

- Uzun, L. N., & Cerit, B. (2019). Dijitalleşmenin hemşirelik uygulamalarına harcanan zamana ve hasta güvenliğine etkisinin yalın hastane yaklaşımıyla incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi.
- Valamede, L. S., & Akkari, A. C. S. (2020). Lean 4.0: A new holistic approach for the integration of lean manufacturing tools and digital technologies. *International Journal of Mathematical, Engineering and Management Sciences*, 5(5), 851-868.
- Van Beers, J. C. A. M., Van Dun, D. H., & Wilderom, C. P. M. (2021). Effective hospital-wide lean implementation: Top-down, bottom-up or through co-creative role modeling? *International Journal of Lean Six Sigma*, 13(1), 46-66.
- Van Leeuwen, K. C., & Does, R. J. (2010). Quality quandaries: Lean nursing. *Quality Engineering*, 23(1), 94-99.
- Vatan, F., & Çamveren, H. (2020). Nurse managers' experience in preparing a computerized work schedule: A descriptive qualitative study. *CIN: Computers, Informatics, Nursing*, 38(3), 111-115.
- Wang, X., & Liu, Y. (2023). Application of lean visual and "6S" management concept in clinical nursing. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 16, 3923-3931.
- Warner, C. J., Walsh, D. B., Horvath, A. J., Walsh, T. R., Herrick, D. P., Prentiss, S. J., & Powell, R. J. (2013). Lean principles optimize on-time vascular surgery operating room starts and decrease resident work hours. *Journal of Vascular Surgery*, 58(5), 1417-1422.
- Wen, D., Zhang, X., Wan, J., Fu, J., & Lei, J. (2017). The challenges of emerging HISs in bridging the communication gaps among physicians and nurses in China: An interview study. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 17(1), 85.
- White, M., Wells, J. S. G., & Butterworth, T. (2014). The transition of a large-scale quality improvement initiative: A bibliometric analysis of the productive ward: Releasing time to care programme. *Journal of Clinical Nursing*, 23(17-18), 2414-2423.
- Williams, D., Fredendall, L. D., Hair, G., Kilton, J., Mueller, C., Gray, J. D., Graver, C., & Kim, J. (2022). Quality improvement: Implementing nurse standard work in emergency

department fast-track area to reduce patient length of stay. *Journal of Emergency Nursing*. 48(6), 666-677.

Williams, H., & Duray, R. (2017). *Making IT lean: Applying lean practices to the work of IT*. CRC press.

Williamsson, A., Dellve, L., & Karlun, A. (2019). "Nurses' use of visual management in hospitals—A longitudinal, quantitative study on its implications on systems performance and working conditions." *Journal of Advanced Nursing*, 75(4), 760-771.

Winner, L. E., Reinhardt, E., Benishek, L., & Marsteller, J. A. (2022). Lean management systems in health care: A review of the literature. *Quality Management in Health Care*, 31(4), 221-230.

Womack, J. P., & Jones, D. T. (1996). *Lean thinking: Banish waste and create wealth in your corporation*. Free Press.

Womack, J. P., & Jones, D. T. (2003). *Lean thinking: Banish waste and create wealth in your corporation*. Simon and Schuster.

Womack, J. P., Jones, D. T., & Roos, D. (1990a). *Dünyayı değiştiren makina: Otomobilin geleceği üzerine*. Otomotiv Sanayi Derneği.

Womack, J. P., Jones, D. T., & Roos, D. (1990b). *The machine that changed the world*. New York. Rawson Associates Publisher.

World Health Organization (2003). *Quality and accreditation in health care services: A global review*, <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/68410/WHO?sequence=1>, [Erişim Tarihi: 16 Mart 2023].

World Health Organization (2019). *Pushing for high-quality HIV services in low- and middle-income countries*. <https://www.who.int/news/item/04-10-2019-pushing-for-high-quality-hiv-services-in-low--and-middle-income-countries>, [Erişim Tarihi: 16 Mart 2023].

World Health Organization (2021). *Global patient safety action plan 2021-2030: Towards eliminating avoidable harm in health care*. World Health Organization.

- Xin, S., Jiang, W., & Xin, Z. (2019). Changes in Chinese nurses' mental health during 1998–2016: A cross-temporal meta-analysis. *Stress and Health*, 35(5), 665-674.
- Yalın Enstitü. (2015). Yalın Sağlık Hizmeti. <https://www.lean.org.tr/yalin-saglik-hizmeti/>, [Erişim Tarihi: 05 Şubat 2023].
- Yıldırım, A., & Şimşek, H. (2021). Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri (12. Baskı). Seçkin Yayınları.
- Yin, R. K. (2009). *Case study research: Design and methods*. (4th ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Złotowska, K., & Wise, A. (2015). Polish dialysis center employees use visual management to increase safety, improve organization of medical facility. *American Society for Quality (ASQ)*.
- Zuzelo, P. R., Gettis, C., Hansell, A. W., & Thomas, L. (2008). Describing the influence of technologies on registered nurses' work. *Clinical Nurse Specialist*, 22(3), 132-140.
- Zwarenstein, M., Rice, K., Gotlib-Conn, L., Kenaszchuk, C., & Reeves, S. (2013). Disengaged: A qualitative study of communication and collaboration between physicians and other professions on general internal medicine wards. *BMC Health Services Research*, 13(1), 494.

EKLER

EK – 1: Yönetici Hemşire Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu

EK – 2: Hemşire Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu

EK – 3: Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

EK – 4: Etik Kurul İzni

EK – 5: Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi İzni

EK – 6: Çanakkale Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü İzni

EK – 7: Medical Park Çanakkale Hastanesi İzni

EK – 8: Özel Medicabil Hastanesi İzni

EK – 9: Bursa Uludağ Üniversitesi Hastanesi

EK – 1: Yönetici Hemşire Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu

Ek-2: YÖNETİCİ HEMŞİRE YARI YAPILANDIRILMIŞ GÖRÜŞME FORMU

Görüşme Deşifre Bilgileri			
Tarih:		Hastane:	
Grup:		Görüşme No:	
Başlangıç Saati:		Bitiş Saati:	
Süre:		Kayıt Türü:	☐ Ses Kaydı ☐ Telekonferans

Merhaba, ben Ali KAPLAN. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsünde Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalında doktora öğrencisiyim. Hemşirelikte yalın sağlık uygulamaları alanında bir araştırma yapıyorum ve bu konu hakkında sizinle konuşup görüşlerinizi almak istiyorum. Bu görüşmede amacım, hemşirelerin yalın yönetime ilişkin deneyim veya görüşlerinin bireysel derinlemesine görüşme yöntemiyle belirlenmesidir. Sizlerin görüşleriyle elde edilen bulgular hemşirelikte yalın sağlık uygulama modelinin geliştirilmesine katkı sağlayacaktır.

Kimlik bilgileriniz araştırmacılar haricinde kimseyle paylaşılmayacak ve tüm süreçte gizli tutulacaktır. Araştırma raporunda ise isimleriniz belirtilmeden takma bir ad aracılığı ile sunulacaktır.

Görüşme esnasında size sorular yönlendireceğim. Siz de cevaplayacaksınız. Cevaplamak istemediğiniz sorularda cevap vermeme ve istediğiniz zaman görüşmeyi sonlandırma hakkınız var. Bu görüşmemizin süresi vereceğiniz cevaplara göre değişecek olup, ortalama 1 saat süreceğini tahmin ediyorum. Son olarak; araştırmanın yöntemi gereği söylediklerinizi kaçırmamak için görüşmeyi kayıt altına almamız gerekiyor? Sizin için bir sakıncası var mı?

Kayıt başlamadan önce sormak istediğiniz bir şey var mı?

Yarı Yapılandırılmış Görüşme Soruları

1. Kendinizi kısaca tanıtır mısınız? (Eğitim durumu, mesleki deneyim, geçmişteki pozisyonlar, yönetsel deneyim vb.)
2. Hastanenizde yönetici olarak üstlendiğiniz temel görevler/rollerin neler olduğunu ve göreviniz dışında neler yaptığınızı kısaca açıkla mısınız?
3. Hemşirelik hizmetleri yönetiminde önemli ve önemsiz gördüğünüz uygulamalar ve nedenlerini kısaca açıkla mısınız?

4. Yönetici hemşire olarak en fazla zaman harcadığınızı işler ve nedenlerini kısaca açıklayınız? Zaman kayıplarına yönelik önerileriniz neler olabilir?
5. Hastanenizde kaynak israfına ilişkin düşünceniz nelerdir? (İsraf kaynakları (malzeme, zaman, hareket, insan kaynağı vb.), israf nedenleri ve önlemler)
6. Yönetici hemşire olarak, hemşire insan kaynağının doğru etkin kullanımı konusunda ne düşünüyorsunuz? Nasıl bir iyileştirme yapılabilir?
7. Hemşirelik hizmetleri sunumunda/yönetiminde en sık yaşanan sorunlar/hatalar nelerdir? Bunların önlenmesi için neler yapılabilir?
8. Hastanenizde hemşirelik hizmetleri yönetim yapısı (organizasyon şeması) ve işleyişi hakkında ne düşünüyorsunuz? Öneriniz ne olabilir?
9. Yalın yönetim/sağlık anlayışı size ne çağırıyor? Hemşirelik hizmetleri yönetiminde yalın yöntemlerle neyi iyileştirmek istediniz?
10. Konuya ilişkin eklemek istediğiniz veya atladığınızı düşündüğünüz görüş ve önerileriniz varsa lütfen aktarınız.

EK – 2: Hemşire Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu

Ek-1: HEMŞİRE YARI YAPILANDIRILMIŞ GÖRÜŞME FORMU

Görüşme Deşifre Bilgileri			
Tarih:		Hastane:	
Grup:		Görüşme No:	
Başlangıç Saati:		Bitiş Saati:	
Süre:		Kayıt Türü:	☐ Ses Kaydı ☐ Telekonferans

Merhaba, ben Ali KAPLAN. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsünde Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalında doktora öğrencisiyim. Hemşirelikte yalın sağlık uygulamaları alanında bir araştırma yapıyorum ve bu konu hakkında sizinle konuşup görüşlerinizi almak istiyorum. Bu görüşmede amacım, hemşirelerin yalın yönetime ilişkin deneyim veya görüşlerinin bireysel derinlemesine görüşme yöntemiyle belirlenmesidir. Sizlerin görüşleriyle elde edilen bulgular hemşirelikte yalın sağlık uygulama modelinin geliştirilmesine katkı sağlayacaktır.

Kimlik bilgileriniz araştırmacılar haricinde kimseyle paylaşılmayacak ve tüm süreçte gizli tutulacaktır. Araştırma raporunda ise isimleriniz belirtilmeden takma bir ad aracılığı ile sunulacaktır.

Görüşme esnasında size sorular yönlendireceğim. Siz de cevaplayacaksınız. Cevaplamak istemediğiniz sorularda cevap vermeme ve istediğiniz zaman görüşmeyi sonlandırma hakkınız var. Bu görüşmemizin süresi vereceğiniz cevaplara göre değişecek olup, ortalama 1 saat süreceğini tahmin ediyorum. Son olarak; araştırmanın yöntemi gereği söylediklerinizi kaçırmamak için görüşmeyi kayıt altına almamız gerekiyor? Sizin için bir sakıncası var mı?

Kayıt başlamadan önce sormak istediğiniz bir şey var mı?

Yarı Yapılandırılmış Görüşme Soruları

1. Kendinizi kısaca tanıtır mısınız? (Eğitim durumu, mesleki deneyim, geçmişteki pozisyonlar)
2. Biriminizde hemşirelerin görevi kapsamında yaptığı işler nelerdir? Bu işlerden hangilerinin görevi dışında olduğunu düşünüyorsunuz?
3. Hemşirelik hizmetleri sunumunda önemli ve önemsiz gördüğünüz uygulamalar ve nedenlerini kısaca açıkla mısınız?

4. Biriminizde işinizi yaparken en fazla zaman harcadığınızı işler ve nedenlerini kısaca açıklayınız? Zaman kayıplarına yönelik önerileriniz neler olabilir?
5. Biriminizde kaynak israfına ilişkin düşünceniz nelerdir? (İsraf kaynakları (malzeme, zaman, hareket, insan kaynağı vb.), israf nedenleri ve önlemler)
6. Hastanenizde hemşire insan kaynağının daha etkin nasıl kullanılabileceğini düşünüyorsunuz?
7. Hastanenizde hemşirelik uygulamalarında en sık karşılaşılan sorunlar/ hatalar nelerdir? Bunların önlenmesi için neler yapılabilir?
8. Hastanenizde hemşirelik hizmetleri yönetim yapısı (organizasyon şeması) ve işleyişi hakkında ne düşünüyorsunuz? Öneriniz ne olabilir?
9. Yalın yönetim anlayışı size ne çağırıyor? (Hemşirelik hizmetleri yönetiminde yalın yöntemlerle neyi iyileştirmek istediniz?)
10. Konuya ilişkin eklemek istediğiniz veya atladığınızı düşündüğünüz görüş ve önerileriniz varsa lütfen aktarınız.

EK –3: Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Sizi, Ali KAPLAN sorumluluğunda ve Prof. Dr. Ülkü Baykal danışmanlığında yürütülen “Hemşirelerin Yalın Yönetime İlişkin Görüşleri ve Hemşirelik Hizmetleri Yönetiminde Yalın Yönetime İlişkin Bir Model Önerisi” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz.

Bu araştırmanın amacı, hemşirelerin yalın yönetime ilişkin deneyim, görüş ve önerilerinin **nitel araştırma yöntemlerinden** bireysel derinlemesine görüşme yöntemiyle belirlenmesi, bu nitel verilerin, gözlemler ve bilimsel yazın desteğinde hemşirelik hizmetleri yönetimde yalın yönetime ilişkin bir model önerisinin oluşturulmasıdır. Araştırmanın bu aşamasında yapılacak olan **yarı yapılandırılmış görüşmeye** sizden yaklaşık **30-60 dakika** ayırmanız istenmekte olup, araştırmaya siz dahil tahminen 40 kişi katılması planlanmaktadır. Yazılı ve sözlü onamanızın alınmasının ardından araştırmanın yöntemi gereği söylediklerinizi kaçırmamak için yüz yüze ise ses veya telekonferans ortamındaysa video kaydı alınacaktır. Bu veriler sadece araştırmaya veri sağlayacak olup, bilimsel amaçlı kullanılacaktır. Veriler beş yıl sonrasında imha edilecektir.

Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz **gizli tutulacaktır**; ancak verileriniz yayın amacı ile kullanılabilir. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya :

numaralı telefonlardan ulaşabilirsiniz. Araştırma tamamlandığında genel/size özel sonuçların sizinle paylaşılmasını istiyorsanız lütfen araştırmacıya iletiniz.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı/araştırmacılar tarafından yapıldı. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli güven verildi.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve telkin olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının 2:

Adı-Soyadı:.....

İmzası: İletişim Bilgileri: e-posta: Telefon:

İletişim bilgilerimin diğer araştırmacıların benimle iletişime geçebilmesi için “ortak araştırma havuzuna” aktarılmasını;

☐ kabul ediyorum ☐ kabul etmiyorum (lütfen uygun seçeneği işaretleyiniz)

Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin:

Veli veya Vasisinin

Adı-Soyadı:.....

İmzası:

Araştırmacının

Adı-Soyadı:.....

İmzası:

Şahidin: 3

Adı-Soyadı:.....

İmzası:

EK – 4: Etik Kurul İzni



**EK – 5: Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi
İzni**



EK – 6: Çanakkale Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü İzni

EK – 7: Medical Park Çanakkale Hastanesi İzni

EK – 8: Özel Medicabil Hastanesi İzni



EK – 9: Bursa Uludağ Üniversitesi Hastanesi

İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

Yalın hemşireliğe ilişkin görüş ve deneyimler: Bir model önerisi

ORJİNALLİK RAPORU

% 3	% 2	% 1	% 1
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	Submitted to The Scientific & Technological Research Council of Turkey (TUBITAK) Öğrenci Ödevi	% 1
2	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	<% 1
3	toad.halileksi.net İnternet Kaynağı	<% 1
4	Submitted to TED Ankara College Öğrenci Ödevi	<% 1
5	Dogan, Umit. "Türkiye'deki Havayolu örgütlerinin Yer Hizmetleri Faaliyetlerinde Dis Kaynak Kullanımı Kararina Etki Eden Faktorler ve Bagimlilik Iliskilerinin Yonetimi", Anadolu University (Turkey), 2021 Yayın	<% 1
6	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	<% 1
7	iksadyayinevi.com İnternet Kaynağı	<% 1

ETİK KURUL İZİN YAZISI

Uyarı: Canlı denekler üzerinde yapılan tüm araştırmalar için Etik Kurul Belgesi alınması zorunludur.

- ☒ Etik Kurul izni gerekmektedir.
- ☐ Etik Kurul izni gerekmemektedir.

Ali KAPLAN



KURUM İZNİ YAZILARI

Uyarı: Canlı ve cansız deneklerle yapılan tüm çalışmalar için kurum izin belgelerinin eklenmesi zorunludur. Gizlilik ve mahremiyet içeren durumlarda kurum adı kapatılmalıdır.

- ☒ Kurum izni gerekmektedir.
- ☐ Kurum izni gerekmemektedir.

Ali KAPLAN



ÖZGEÇMİŞ



